



VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA  
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA MARKETINGU A OBCHODU

Model chování rozhodovací jednotky na trhu s povinným očkováním  
Model of Decision Making Unit Behaviour on the Market with Compulsory  
Vaccination

Student:

Markéta Morcinková

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Tomáš Balcar

Ostrava 2016

## Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Markéta Morcinková**  
Studijní program: N6208 Ekonomika a management  
Studijní obor: 6208T062 Marketing a obchod  
Téma: **Model chování rozhodovací jednotky na trhu s povinným očkováním**  
**Model of Decision Making Unit Behaviour on the Market**  
**with Compulsory Vaccination**  
Jazyk vypracování: čeština

### Zásady pro vypracování:

1. Úvod
  2. Charakteristika trhu s povinným očkováním
  3. Teoretická východiska chování rozhodovací jednotky
  4. Metodika shromažďování dat
  5. Analýza chování rozhodovací jednotky na trhu s povinným očkováním
  6. Návrhy a doporučení
  7. Závěr
- Seznam použité literatury  
Seznam zkratk  
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce  
Seznam příloh  
Přílohy

### Seznam doporučené odborné literatury:

- KANUK, Leslie a Leon G. SCHIFFMAN. *Nákupní chování*. Brno: Computer Press, 2004. 633 s. ISBN 80-251-0094-4.
- KARDES, R. F., L. M. CRONLEY and T. W. CLINE. *Consumer Behavior*. Mason: South-Western Cengage Learning, 2011. 421 p. ISBN 978-0-538-74540-6.
- VYSEKALOVÁ, Jitka et al. *Chování zákazníka: jak odkrýt tajemství "černé skříňky"*. Praha: Grada, 2011. 356 s. ISBN 978-80-247-3528-3.

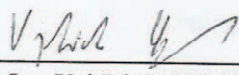
Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

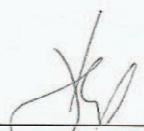
Vedoucí diplomové práce: **Ing. Tomáš Balcar**

Datum zadání: 20.11.2015

Datum odevzdání: 22.04.2016



  
doc. Ing. Vojtěch Spáčil, CSc.  
vedoucí katedry

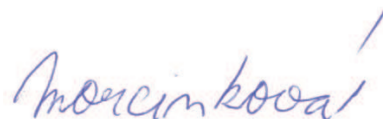
  
prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová  
děkanka fakulty

### Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem celou práci, včetně všech uvedených příloh, vypracovala zcela samostatně.

Přílohy č. 1-14, dané mi k dispozici, jsem samostatně doplnila.

V Třinci dne 20. 06. 2016



Markéta Morcinková

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala panu Ing. Tomáši Balcarovi za cenné rady, odborné vedení a čas, který mi věnoval při psaní této diplomové práce.

## Obsah

<b>1. Úvod.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Charakteristika trhu s povinným očkováním.....</b>	<b>8</b>
2.1 Historie očkování .....	8
2.2 Historie povinného očkování v ČR .....	9
2.3 Současnost dětského povinného očkování v ČR.....	10
2.4 Současná platná legislativa spojená s povinným dětským očkováním v ČR.....	11
2.5 Infanrix hexa a Priorix.....	14
2.6 Státní ústav pro kontrolu léčiv .....	16
2.7 Obecná doporučení pro správné naočkování .....	17
2.8 Nemoci podléhající povinnému očkování dětí do 25 měsíců .....	18
2.9 Důvody pro řádné očkování svých dětí.....	21
2.10 Proč děti neočkovat dle povinného očkovacího kalendáře.....	23
<b>3. Teoretická východiska chování rozhodovací jednotky .....</b>	<b>26</b>
3.1 Spotřební chování.....	26
3.2 Přístupy ke spotřebitelskému chování.....	26
3.3 Model podnět, černá skříňka, odezva.....	28
3.4 Faktory ovlivňující chování spotřebitele.....	29
3.5 Druhy nákupu .....	37
3.6 Nákupní rozhodovací proces .....	38

<b>4. Metodika shromažďování dat .....</b>	<b>41</b>
4.1 Přípravná fáze.....	41
4.2 Realizační fáze .....	44
<b>5. Analýza chování rozhodovací jednotky na trhu s povinným očkováním .....</b>	<b>47</b>
5.1 Postoje, důvěra v lékaře, informovanost a povinné očkování.....	47
5.2 Matky dětí a průběh očkování.....	51
5.3 Očkující respondenti a příbalová informace .....	59
5.4 Souběžná aplikace vakcín dítěti .....	62
5.5 Obavy a souhlas s povinným očkovacím kalendářem .....	66
5.6 Informace o povinném očkování.....	70
<b>6. Návrhy a doporučení.....</b>	<b>74</b>
6.1 Postoje, důvěra v lékaře, informovanost a povinné očkování.....	74
6.2 Matky dětí a průběh očkování.....	75
6.3 Očkující repondenti a příbalová informace .....	77
6.4 Souběžná aplikace vakcín dítěti .....	78
6.5 Obavy a souhlas s povinným očkovacím kalendářem .....	78
6.6 Informace a povinné očkování .....	79
<b>7. Závěr.....</b>	<b>81</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>82</b>
<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>87</b>



**Prohlášení o využití výsledků diplomové práce**

**Seznam tabulek**

**Seznam obrázků**

**Seznam příloh**

**Přílohy**

# 1 Úvod

Očkování dětí je v České republice povinnou součástí, kterou děti od věku kojenců musí povinně podstupovat v rámci obrany organismu proti infekčním nemocem a celkové eliminace onemocnění v populaci. V současnosti je dle české legislativy povinné očkování proti devíti nemocem a případné nenaočkování skrývá určité úskalí pro rodiče i pro dítě, které je sankcionováno z hlediska nejen nástupu do předškolních zařízení, jako jsou například mateřské školy, ale také hrozí případná pokuta. Mnohé státy Evropy v dnešní době povinné očkování nemají, očkování je pouze doporučeno. Vývoj vakcín jde však neustále dopředu, stejně jako zdravotní péče a hygienické podmínky, a některá onemocnění se již nevyskytují či jsou léčitelná. Tyto argumenty jsou však mnohdy popírány a samotné očkování je uváděno jako zdroj nynější eliminace onemocnění a důležitá součást kolektivní imunity. Veřejnost tak bojuje s nedostatkem informací v rámci nejen účinnosti, bezpečnosti pro dítě, ale především s výskytem nežádoucích účinků, které skrývají mnoho otazníků. Právě možné nežádoucí účinky jsou velmi diskutabilní, proto se někteří rodiče a jiné zájmové skupiny sdružují a snaží se o rozvolnění systému povinného očkování. Tyto a další pochybnosti mezi laickou, ale i odbornou veřejností na téma povinného očkování tak dávají prostor médiím. Matky (rodiče) a odborníci se tak v poslední době rozdělují na dva tábory, kdy jedna strana vnímá očkování jako pozitivní součást moderní doby, která zachraňuje spousty životů, a druhý názorový proud odmítá očkování jako zdroje poškozující zdravotní stav dítěte s podtextem ziskovosti výrobců vakcín. Bez souhlasu rodičů dítěti nelze vakcínu aplikovat a konečné rozhodnutí je tedy na rodičích, což zřejmě vyvolává také informační boj mezi oběma stranami, jelikož každý rodič chce pro dítě to, co si myslí, že je nejlepší.

V médiích se stále více objevují různé spekulace. Matky dětí přesvědčené o vážných nežádoucích účincích zde vystupují pro lepší informovanost ostatních rodičů. Ze strany provakcinačně založených odborníků však pochybnosti nejsou a zde je očkování vnímáno s většími pozitivy, než je jeho negativní stránka. Jak povinné očkování vnímají samotné matky dětí, tedy nejdůležitější část procesu rozhodování o naočkování, bude předmětem této diplomové práce, která se zaměřuje právě na osobní zkušenosti, názory a postoje samotných rodiček.

Cílem diplomové práce bude především zjištění chování a vnímání povinného očkování samotnými matkami dětí s přihlédnutím na věk dítěte (do osmi let včetně), který

byl zvolen s ohledem na očkovací kalendář v ČR, kdy jsou děti tohoto věku proočkovány takzvanou hexavakcínou. Účelem práce bude zjištění, jak matky dětí na povinné očkování nahlíží, zda s ním souhlasí, v jaké míře a jaká onemocnění skutečně matky svým dětem nechávají očkovat. Diplomová práce se bude také zaměřovat na vztahy matek a pediatrů, zkušenosti s nežádoucími účinky, na konkrétní obavy a především také na zdroje informací a celkový zájem o problematiku očkování.

V úvodu práce budou sumarizovány základní informace o povinném očkování, historie, legislativa, očkovací látky, onemocnění a shrnuté názory z různých zdrojů na téma proč dítě očkovat, nebo proč naopak neočkovat. Následně bude práce zaměřena na teoretická východiska spotřebitelského chování se zaměřením na povinné očkování, poté bude nastíněna metodika shromažďování dat pro následný výzkum. Další část práce bude aplikační, kdy budou vypracovány grafy pro vizuální znázornění výsledků výzkumu a následně také analyzovány. V závěru práce budou uvedeny návrhy a doporučení.

## **2 Charakteristika trhu s povinným očkováním**

Tato kapitola bude v úvodu zaměřena na historii očkování až po současný očkovací kalendář platný v České republice a konkrétní legislativu s povinným očkováním související. V neposlední řadě bude také zmínka o konkrétních dvou vakcínách a jejich možných nežádoucích účincích, které jsou uvedeny v příbalové informaci očkovacích látek. V následujících podkapitolách bude stručně nastíněna role Státního ústavu pro kontrolu léčiv a systém hlášení nežádoucích účinků, kdy budou uvedeny informace ohledně doporučení pro správný postup při očkování. V textu budou také uvedena onemocnění, která podléhají povinnému očkování, a argumenty, proč je očkování vhodné. Součástí textu jsou i názory pro odmítnutí vakcinace.

### **2.1 Historie očkování**

Historie prvního očkování spadá do období 18. století, kdy si skotský praktický venkovský lékař jménem Edward Jenner ve svých jednadvaceti letech všimnul, že ženy, které dojily krávy, jež prodělaly kravské neštovice, následně samy neonemocnely pravými neštovicemi. Úmrtnost případů nakažení pravými neštovicemi činila zhruba jeden případ z deseti nakažených. Tento lékař v roce 1796 nakazil mladistvého chlapce nejdříve neštovicemi kravskými a po jejich vyléčení následně virem pravých neštovic. Jeho pokus byl úspěšný, chlapec neonemocněl. Název „vakcinace“ vyplývá právě z tohoto postupu a je odvozen z latinského slova vacca, což je v překladu kráva. [11, 27]

Další významnou osobností související s vývojem v oboru očkování je francouzský chemik Louis Pasteur. Ten se zasloužil o zhotovení vakcíny proti vzteklině založené na principu oslabení prvotního divokého viru vztekliny. Poprvé byla aplikována v roce 1885 na záchranu života mladého chlapce, kterého pokousal vzteklý pes. V 19. století vznikaly také vakcíny proti tyfu, choleře a moru, kdy například Edmund Salmon a Theobald Smith došli ve svém bádání k závěru, že usmrcené bakterie cholery mají příznivý účinek na imunitní systém a vyvolávají proti choleře imunitu. Do konce 2. světové války bylo umožněno v rámci dalších významných objevů očkovat skupiny ohrožené epidemií či bohatší vrstvy proti následujícím nemocem (viz tab. 2.1). [27, 64]

Tab. 2.1 Možnosti očkování do 2. světové války

Rok	Nemoc
1923	Záškrt
1926	Černý kašel
1927	Tetan
1927	Tuberkulóza
1936	Chřipka

Samostatně vypracováno, zdroj [27]

K masovému a regulovanému očkování, které mělo přispívat především jako prevence vzniku častých infekčních onemocnění, začalo docházet po roce 1945. Vývoj vakcín, jejich výzkum a výrazný pokrok technologií byl zaznamenán až ke konci tohoto století. [27, 63]

## 2.2 Historie povinného očkování v ČR

Z dochovaných zpráv bylo zjištěno, že se pravé neštovice začaly v ČR objevovat v 17. stol. V letech 1796-1802 zahynulo na toto onemocnění 106 400 nakažených jedinců, kdy očkování nebylo ještě téměř praktikováno. Vůbec první historická zmínka pokusů očkování pochází z Jemnic, kde v roce 1791 lékař z Telče aplikoval vakcíny dětem hraběte Dauna. Na začátku 19. stol. byl zřízen lékařem Bayerem očkovací ústav a do roku 1802 bylo naočkováno více než 10 000 dětí. Dle zemských nařízení měl být každý případ pravých neštovic hlášen v rámci formulářů, následovala izolace nemocných, pálení předmětů nemocného a praní prádla v louhu. V roce 1803 bylo také závazným předpisem neočkovat jedince nakažené jinou nemocí. Právě šířené zprávy o škodlivosti vakcín a další aspekty jiných infekcí zpomalily průběh vývoje očkování. Vůbec poprvé se v Čechách a na Moravě začalo plošně očkovat právě proti již zmíněným pravým neštovicím v roce 1812, kdy v případě nenaočkování dítěte hrozily sankce jako odepření různých příspěvků. V letech 1808-1820 byla proočkována více než polovina narozených dětí, postupem času se tato čísla vyšplhala až na 90 %. [63]

Se snížením výskytu onemocnění, vzrůstala také lhostejnost lidí k očkování. V období před první světovou válkou činila proočkovanosť okolo poloviny populace, napříč tomu se úmrtnost na pravé neštovice snižovala (zřejmě díky protiepidemickým opatřením

lékařů, pálení předmětů nemocných atd., včetně očkování). Dle serveru [vakciny.net](http://vakciny.net): „*Roku 1966 Světová zdravotnická organizace zahájila tzv. eradikační program, který byl úspěšně završen v roce 1978, odkdy se ukončilo plošné očkování, a nebyl zaznamenán žádný případ tohoto onemocnění.*“ [63] Mimo očkování proti pravým neštovicím se povinně plošně očkovala i další onemocnění. V roce 1960 se Československo stalo vůbec první zemí na světě, kde se v rámci ochrany před onemocněním začalo očkovat proti dětské obrně. Zavedení plošného povinného očkování na území České republiky od roku 1919 – 20011, kdy byly provedeny poslední změny v rámci povinného očkování nemocí je uvedeno v příloze č. 1. [55, 63]

## **2.3 Současnost dětského povinného očkování v ČR**

Česká republika se v rámci očkování proti infekčním nemocem řadí mezi země, jež se snaží do svého očkovacího kalendáře zařadit onemocnění doporučené Světovou zdravotnickou organizací (WHO). V současnosti se povinně kojence a děti očkuje proti celkem devíti nemocem. Všechny tyto vakcíny, jsou hrazeny státem. Doporučená jsou i další očkování, která jsou hrazena zdravotními pojišťovnami plně, částečně nebo si je rodič v případě zájmu musí financovat sám. V rámci povinného očkování si rodič může zajistit i jinou očkovací látku, než je ta, která je zabezpečena Ministerstvem zdravotnictví. Tato vakcína však musí být registrována v ČR a rodič si ji pořizuje na vlastní náklady. [2, 50]

Od roku 2007 se proti šesti nemocem očkuje vakcínou Infanrix hexa. Od roku 2014 je také možná vakcína Hexacima (záškrt, tetan, dávivý kašel, hepatitida B, dětská obrna, haemophilus influenzae b) ve schématu tři dávky a jedna posilující (není nezákonné i schéma dvě dávky a jedna posilující). Zbývá tři onemocnění (spalničky, zarděnky, příušnice) se očkují vakcínou Priorix se schématem dvě dávky. [50, 59]

V případě, že je k tomu důvod, očkovací kalendář je v České republice postupně obměňován. Povinnost očkovat určité nemoci může být zrušena nebo naopak může být přidán právní závazek na očkování nová. Například v roce 2010 bylo zrušeno povinné očkování proti tuberkulóze. V roce 2012 bylo zavedeno očkování dětí proti pneumokokovým nákazám, které, ač povinné není, je plně hrazeno zdravotními pojišťovnami. Očkovací kalendář během deseti až patnácti let dosáhl mnoha změn, kdy se počet aplikací snížil o více než polovinu, z původních 18 vpichů očkovací látky je dnes povinných pouze osm (šest probíhá do věku 25 měsíců dítěte, 4x Infanrix hexa, 2x Priorix).

Povinná očkování do dvou let věku dítěte v rámci platného očkovacího kalendáře (mimo rizikové skupiny) jsou znázorněna v tabulce č. 2.2, úplný dětský očkovací kalendář včetně nepovinného očkování je k vidění v příloze č. 2. [30]

Tabulka 2.2 Povinná očkování

<b>Povinné očkování dětí (mimo rizikové skupiny)</b>	
<b>Od 9. Týdne (2. měsíc)</b>	<i>Infanrix hexa, Hexacima</i> - 1. dávka (záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, Haemophilus Influenzae b)
<b>3. měsíc</b>	<i>Infanrix hexa, Hexacima</i> - 2. dávka za měsíc po 1. dávce
<b>4. měsíc</b>	<i>Infanrix hexa, Hexacima</i> - 3. dávka za měsíc po 2. dávce
<b>15. měsíc</b>	<i>Priorix</i> 1. dávka (spalničky, zarděnky, příušnice)
<b>Do 18. měsíce</b>	<i>Infanrix hexa, Hexacima</i> - 4. dávka
<b>21. až 25. měsíc</b>	<i>Priorix</i> - 2. dávka-za 6-10 měsíců po 1. dávce
<b>Celkem</b>	6 aplikací

Zdroj [58], samostatně vypracováno

Pro možnost přijetí dítěte do mateřské školy se považuje nutnost čtyř aplikací, *Infanrix hexa* či *Hexacima* ve schématu 2+1 a jedna dávka vakcíny *Priorix* do tří let věku dítěte. V závěru je nutno podotknout, že Česká republika patří mezi země na světové špičce v oblasti proočkovanosti, konkrétní srovnání proočkování některých onemocnění vůči zemím Evropské unie lze sledovat v příloze č. 3.[59]

## 2.4 Současná platná legislativa spojená s povinným dětským očkováním v ČR

Z hlediska legislativního je povinné očkování v České republice upravováno především na základě zákonů a vyhlášek, ty nejdůležitější jsou uvedeny v následujícím textu.

### 2.4.1 Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Tento zákon se zabývá předcházením vzniku a šíření infekčních onemocnění. Dle zákona *je každá fyzická osoba s trvalým pobytem na území ČR povinna podrobit se v upravených termínech stanovenému pravidelnému očkování.* V případě, že jde o osobu, jejíž věk nepřekročil hranici věku patnácti let, odpovídá za tuto povinnost její *zákonný zástupce*. Dle tohoto zákona vykonávají pravidelná očkování dětí lékaři určení pro děti a dorost a v případě neobvyklých reakcí po očkování mají povinnost sdělit tyto skutečnosti

příslušným orgánům veřejného zdraví. Zákon také uvádí, že před vykonáním pravidelného očkování je povinností fyzické osoby, v případech upravených prováděcími předpisy, podrobení se vyšetření stavu imunity, kdy se očkování neprovádí v případě zjištění imunity proti dané infekci či nálezů takového zdravotního stavu, který brání podání očkovací látky. V těchto případech je zdravotnické zařízení povinno vystavit potvrzení o upuštění od očkování a zapsání do příslušné dokumentace. Každé očkování má být dle zákona zapsáno do očkovacího průkazu osoby. V zákoně je také uvedena podstatná část pro rodiče, kdy: „*Jesle nebo předškolní zařízení mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.*“ [34]

#### **2.4.2 Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění**

Stanovuje, že se přestupku dopouští osoba, která úmyslně ohrozí nebo ztíží poskytování zdravotní služby, dále také osoba, která nesplní stanovené předcházení šíření infekčních onemocnění. Dle zákona hrozí pokuta až do výše 10 000 Kč. V případě nenačkování se tedy jedná o přestupek, ale není zcela vyloučeno, že se může jednat i o trestný čin a to v případech ohrožení výchovy dítěte nebo šíření nakažlivé choroby. Povinnost očkování v zemích Evropské unie je uvedeno v příloze č. 4.[33]

#### **2.4.3 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**

V souvislosti s očkováním, tedy poskytnutím zdravotních služeb, udávají souhlas nezletilému pacientovi jeho zákonní zástupci, kdy se pokud jedná o rodiče, tento zákon vyžaduje souhlas obou rodičů k poskytnutí zdravotních služeb, které mohou negativně ovlivnit kvalitu života nebo zdravotní stav pacienta. Hledisko souhlasu o jakémkoli zákroku v oblasti péče o zdraví se řeší také v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, která byla ČR ratifikována a její platnost odpovídá datu 1. 10. 2001, kdy tento zákrok (tedy i očkování) lze provést pouze za podmínek poskytnutí svobodného a informovaného souhlasu. Úmluva tedy poskytuje možnost svobodné volby rodičů. [35, 59]



#### 2.4.4 Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem

Důležitou částí vyhlášky je především členění očkování proti infekčním onemocněním. V ČR se rozděluje na **pravidelné očkování**, čímž se rozumí tuberkulóza, záškrť, tetan, dávivý kašel, haemophilus influenzae b, přenosná dětská obrna, hepatitida B, spalničky, zarděnky, příušnice, chřipka, pneumokokové nákazy, **zvláštní očkování**, **mimořádné očkování**, **očkování při úrazech a očkování prováděné na žádost fyzické osoby**. [31]

**Pravidelné očkování proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím** se provádí očkovačím látkou a to nejdřív v den započítí 15. měsíce života dítěte, kdy přeočkování probíhá 6-10 měsíců po provedeném očkování, ale horní hranice pro podání této očkovačím látky není stanovena. Srovnání schématu aplikace vakcíny proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím v zemích Evropské unie je pro představu uvedeno v příloze č. 5. Vyhláška také udává, že živé i neživé vakcíny lze očkovat současně na různá místa těla. [31]

#### 2.4.5 Vyhláška č. 299/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška ve změnách pojednává o provedení pravidelného základního očkování hexavalentní očkovačím látkou. **Pravidelné očkování proti záškrť, tetanu, pertusi, haemophilus influenzae b, hepatitidě B, a dětské obrně** by se mělo provádět od začátku devátého týdne života dítěte třemi dávkami v průběhu do jednoho roku života. Intervaly mezi očkováními by měly být nejméně jeden měsíc. Čtvrtá dávka očkování by měla být podána nejméně šest měsíců od podání dávky třetí a nejpozději do osmnáctého měsíce života dítěte. V případě očkování i proti tuberkulóze se základní očkování provádí od třináctého týdne života, ale vždy po zhojení její postvakcinační reakce. [32]

**Pravidelné očkování proti tuberkulóze** se provádí pouze u dětí s indikacemi, které posoudí lékař novorozeneckého oddělení a to na popud vyplněného dotazníku zákonným zástupcem o rizicích tuberkulózy (viz příloha č. 6) A **Pravidelné očkování proti pneumokokovým nákazám** se provádí v případech zdravotních indikací (viz příloha č. 7) a to do pěti let věku dítěte. [32]

## **2.5 Infanrix hexa a Priorix**

Tato podkapitola bude zaměřena na dvě povinné vakcíny Infanrix hexa a Priorix, které jsou součástí povinného očkovacího kalendáře, kdy budou uvedeny i možné nežádoucí účinky vakcín z příbalové informace.

### **2.5.1 Infanrix hexa**

Jedná se o kombinovanou vakcínu proti šesti nemocem, které jsou součástí očkovacího kalendáře v ČR v rámci povinného očkování dětí (viz příloha č. 2). Vakcína je vyráběna jednou z největších světových farmaceutických korporací GlaxoSmithKline (GSK) sídlící v Londýně s více než 150 pobočkami po celém světě. Pro představu, v roce 2014 společnost poskytla více než 800 miliónů dávek vakcín do 170 zemí světa. Konkrétně Infanrix hexa je distribuován do 69 zemí světa a zahrnuje ochranu proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, hepatitidě B, dětské obrně a haemophilus influenzae b. Vakcína se aplikuje injekčně do svalu. Očkovací látka Infanrix hexa byla zkoumána v celkem devíti studiích, které zahrnovaly téměř 5000 dětí ve věku od šesti týdnů do dvou let, kdy naočkováno bylo více než 3000 dětí. Byly však zjištěny také možné nežádoucí účinky (viz tab. 2.3), kdy v případě alergické reakce a nežádoucích účinků poškozující nervový systém do sedmi dnů od aplikace, by dítě nemělo být očkováno další dávkou. [36, 38]

### **2.5.2 Priorix**

Tato živá vakcína je rovněž produktem společnosti (GSK), obsahuje velmi slabé viry spalniček, příušnic a zarděnek, aby si imunitní systém vytvořil protilátky proti těmto nemocem. Tato vakcína může být podána do svalu nebo pod kůži. Od roku 1970 bylo použito proti těmto infekčním onemocněním více než 500 milionů dávek nejen vakcíny Priorix ve více než 90 zemích po celém světě. Priorix je v Evropě vnitrostátně schválen ve 20 zemích a v procesu vzájemného uznávání v 9 zemích. Vakcína vyžaduje konzultaci s lékařem v případě alergické reakce na vaječnou bílkovinu a také nemůže být podávána dospělým během těhotenství. [37, 47]

Některé možné nežádoucí účinky, dle příbalových letáků, jsou zobrazeny (viz. tab. 2.3).

Tabulka 2.3 Některé nežádoucí účinky Infanrix hexa a Priorix

Infanrix hexa	Priorix
<b><i>Alergické reakce</i></b> – vyrážky, otok obličeje a kolem očí, potíže s dýcháním, polykáním, pokles krevního tlaku, ztráta vědomí	<b><i>Velmi časté (více než 1 z 10)</i></b> – zarudnutí v místě vpichu, horečka 38 °C a více
<b><i>Velmi časté (více než 1 z 10)</i></b> – pocit únavy, ztráta chuti k jídlu, vysoké teploty 38 °C a více, otoky, bolest, zarudnutí v místě vpichu, plačtivost, neklid	<b><i>Časté (až u 1 z 10)</i></b> – bolest a otok v místě vpichu, horečka vyšší než 39,5 °C, vyrážka, infekce horních dýchacích cest
<b><i>Časté (méně než 1 z 10)</i></b> – průjem, nevolnost, vysoká teplota vyšší než 39,5 °C, otok v místě vpichu větší než 5 cm	<b><i>Méně časté (až u 1 ze 100)</i></b> – zvracení, průjem, kašel, otok průšních žláz, bronchitida, zánět spojivek, neschopnost spát, neobvyklý pláč, nechutenství, nervozita, infekce středního ucha
<b><i>Méně časté (méně než 1 ze 100)</i></b> – infekce horních cest dýchacích, ospalost, kašel, otok celé končetiny	
<b><i>Vzácné (méně než 1 z 1000)</i></b> – zánět průdušek, vyrážka, zduření uzlin na krku, dočasná zástava dechu, otok obličeje, rtů, jazyka	<b><i>Vzácné (více než 1 z 1000)</i></b> – křeče z horečky, alergické reakce
<b><i>Velmi vzácně</i></b> - Kolaps, dočasné stavy bezvědomí, ztráta vědomí, záchvaty	<b><i>Hlášená časová souvislost</i></b> – bolest kloubů a svalů, život ohrožující alergické reakce, zánět mozku, míchy, periférních nervů vedoucích k přechodné nestabilitě při chůzi, ztráty kontroly nad tělesným pohybem, ztráta citu, onemocnění kůže
<b><i>Neprokázaná hlášená souvislost</i></b> – ochrnutí, zánět nervů, zánět mozkových blan, otok nebo infekce mozku	

Zdroj [39, 40], samostatně vypracováno

## 2.6 Státní ústav pro kontrolu léčiv

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) je složka zřízená Ministerstvem zdravotnictví ČR založená roku 1918. Činností je především sledování bezpečnosti léčivých přípravků. S časovou souvislostí udělení registrace vakcíny (či jiného léčivého přípravku), jsou přípravky vystaveny nízkému počtu pacientů v omezeném čase. Relevantní nežádoucí účinky tak mohou být zpozorovány při vyšším počtu použití v populaci. SÚKL tímto sleduje bezpečnost léčivých přípravků i po uvedení na trhu. SÚKL má na starosti mimo poskytování informací o efektivnosti léčivých přípravků v rámci bezpečnosti pacientů také zhodnocení rizik, přínosů a sledování užití léčivých přípravků pro rozpoznání dříve nerozpoznaných vedlejších účinků. [53]

V rámci těchto souvislostí, může jak lékař, tak pacient hlásit nežádoucí účinky vakcín formou elektronických formulářů. Z hlediska kauzality podání léčivého přípravku a nežádoucího účinku je velmi obtížné zhodnotit příčinnou souvislost. V případě stejné reakce u více pacientů je možno tyto situace dále vyhodnotit a následně postupovat v rámci rizika. Server [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz) vyzývá: „*Prosíme, hlase všechno, co považujete za neobvyklé nebo odlišné. Při hlášení podezření na nežádoucí účinek nemusíte být přesvědčeni o tom, že nežádoucí účinek byl způsoben lékem.*“ [53] Každému hlášení je poté přiděleno číslo a je vloženo do databáze, která usnadňuje sledování nežádoucích účinků., tato hlášení jsou předávána i do databází Evropské unie a Světové zdravotnické organizace. [53, 54]

V roce 2014 bylo hlášeno celkem 794 podezření na nežádoucí účinky, což tvořilo až jednu třetinu všech hlášení na léčiva. Pravděpodobně je častý výskyt přisuzován nejen současné medializaci v posledních letech, ale také počtu aplikovaných vakcín. Průměrně se v ČR narodí přes 100 000 dětí. Každému z nich je obvykle aplikováno po 4 dávkách hexavalentní vakcíny a další dvě dávky vakcíny proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím, plus další možná nepovinná očkování. SÚKL dle zákona musí zpracovávat všechny nežádoucí účinky, kdy pokud souvislost s očkovaním není s největší pravděpodobností prokazatelná, hlášení se dále ukládá do databáze pro pozdější přehodnocení. Možná spojitost s očkovaním je vyhodnocována z mnoha údajů i statistik, jednou z případných pomůcek je i možná časová souvislost mezi nežádoucími účinky a jejich výskytem v rámci doby po aplikaci vakcíny (viz příloha č. 8). V roce 2014 bylo 659 případů nežádoucích účinků v souvislosti s vakcínami hlášeno zdravotními pracovníky a celkem 135 samotnými pacienty, v 633 případech byla tato hlášení vyhodnocena jako závažná. Odhaduje se však,

že skutečné procento výskytu nežádoucích účinků je mnohem vyšší, jelikož ne všechny neobvyklé reakce jsou opravdu nahlášeny. Počet hlášení v roce 2014 pro povinné vakcíny v rámci tématu práce je uveden viz příloha č. 9.

## **2.7 Obecná doporučení pro správné naočkování**

Důležitou součástí předcházení komplikací při povinném očkování dětí je informovanost rodičů. Některým nežádoucím účinkům lze zabránit v případě dodržování základních pravidel. Lékaři mají v těchto případech konečné rozhodnutí, zda vakcína může být dítěti podána či nikoliv, je však samozřejmostí, že lékař musí být informován o předešlých nemocích, problémech a celkovém stavu dítěte přímo od rodičů. Samotnou povinností lékaře je dítě vyšetřit a zvážit případné kontraindikace, které mohou být jak trvalé, tak i dočasné. [11, 48]

K očkování by všeobecně nemělo dojít v případě, že:

- je dítě nemocné, kdy při vysokých teplotách se uvádí odložení očkování i o dva týdny, jelikož je dítě po nemoci oslabené. Zvýšená teplota nemusí být vždy důvodem k odložení očkování, ale v případě, že dítě bylo v kontaktu s nemocnými osobami a hrozí možnost inkubační doby, je nutno očkování zvážit.
- jestliže po předchozí vakcíně došlo k vážným nežádoucím účinkům či alergické reakci
- v případech, kdy dítě užívá léky snižující jeho obranyschopnost nebo má prokazatelnou poruchu imunity. V případech chronických onemocnění především neurologických. [5, 48]

V úvahu by rodiče dle svého uvážení také měli brát nedonošenost dítěte, stav v těhotenství, porod, věk dítěte a nutnost prostudování informací v příbalovém letáku. Dítě by mělo být v naprostém pořádku po zdravotní i psychické stránce. Je důležité zvážit situaci zátěžových situací (prořezávání zoubků, stresové situace), zajistit dostatek vitamínů C, D a esenciálních mastných omega 3 kyselin a zhodnotit kombinaci vakcín (vhodnější z hlediska nežádoucích účinků nekombinovat) a možnost rozšíření odstupu mezi vakcínami (u kombinovaných je možný odstup až 6 měsíců). V případě reakcí je vhodnější vyhnout se chemickým lékům a při nutnosti podání zvolit nejlépe ty bez paracetamolu. [4]

Po samotném naočkování, by měl rodič s dítětem zůstat v čekárně zhruba 30 minut pro případ závažné reakce, která by byla životu ohrožující bez pomoci lékaře. Následující dny se doporučuje dodržovat klidový režim a pozorovat dítě, kdy v případě odchylek od normálního stavu je zapotřebí vše hlásit lékaři. Tyto nežádoucí účinky by měl lékař hlásit na Státní ústav pro kontrolu léčiv (viz. kapitola 2.6), případně nahlášení může rodič učinit i sám. [48]

## **2.8 Nemoci podléhající povinnému očkování dětí do 25 měsíců**

V této podkapitole bude stručně nastíněno devět onemocnění, které dle současného očkovacího kalendáře podléhají povinnému očkování (nutné i pro přijetí dítěte do mateřské školy (viz. kapitola 2.4.1). Nejprve budou popsána onemocnění, očkované registrovanou vakcínou v ČR Infanrix hexa či Hexacima a následně budou charakterizovány nemoci obsažené v očkovací látce Priorix, která je rovněž zahrnuta do současného očkovacího kalendáře. Jak už bylo řečeno výše, registrovaných vakcín v ČR je mnohem více a rodič či lékař mají možnost volby, ať už z jakýchkoliv důvodů, i jiné (například šetrnější) vakcíny obsahující ochranu proti méně nemocem, v některých případech i monovakcíny. Proočkovanost a výskyt některých onemocnění v ČR a Evropské unii je uvedeno v příloze č. 3.

### **2.8.1 Tetanus**

Nakažení touto nemocí probíhá především přes kontaminovanou půdu, bakterie může být přítomná ve stolici člověka a zvířat, kdy se s výkaly dostává do půdy, nebo se také vyskytuje na špinavém rezavém kovu. Možná nákaza poté probíhá přes drobná a větší poranění, u novorozenců může být příkladem přestřížení pupeční šňůry kontaminovaným nástrojem. V případě nakažení touto infekční chorobou dochází k postupnému ochrnutí těla. Kromě očkování je prevencí důkladné vymytí rány a dezinfekce. Poslední výskyt novorozeneckého tetanu byl zaznamenán v ČR roce 1960. [7, 19]

Dle statistických údajů světové zdravotnické organizace (WHO) se v letech 2002-2014 v ČR nevyskytl jediný případ nakažení tetanu, což bývá pádným argumentem pro pozitiva očkování. Jsou však i autoři a lékaři, kteří považují tuto nemoc v současných podmínkách jako téměř bezrizikovou. Dle autorky Elekové *„je riziko prakticky nula, muselo by jít o zranění znečištěné hlinou nebo trusem zvířat, hluboké, rozeklané, se záhyby, kde by*

*se bakterie mohla množit bez přístupu vzduchu, v podstatě by muselo jít o ekvivalent válečného zranění.“ [4, s. 107], [4, 65]*

### **2.8.2 Záškrt**

Jedná se o akutní onemocnění, postihující hrtan (polykací obtíže) a svalová vlákna myokardu. Zdrojem nákazy je infikovaný člověk. Chlíbek a kol. uvádí: „*Rizikovou skupinou jsou především děti mezi 3. - 6. měsícem věku. V minulosti býval nejčastější příčinou úmrtí dětí ve věku 2 - 14 let, kdy od zavedení celoplošného očkování roku 1946 počet onemocnění poklesl až prakticky k nulovým hodnotám.*“ [7, s. 110] Nejzávažnější je průběh nemoci, je život ohrožující. Většina dětí se však uzdraví bez dlouhodobých následků, pokud je nemoc identifikována včas. Nemoc se léčí antibiotiky a antitoxiny. [7, 19]

### **2.8.3 Dávivý kašel (černý kašel)**

Onemocnění dýchacích cest, pro které jsou typické těžké záchvaty kašle, kdy nakažený lapá po dechu. To může způsobovat dokonce křeče z nedostatku kyslíku. Plné zotavení může trvat i kolem tří měsíců, nemoc obvykle není smrtelná avšak v případě nakažení kojence je život ohrožující a může dojít i ke smrti. I přes existenci očkování však onemocnění přetrvává, současné vakcíny nejsou natolik ochranné, jak bylo původně předpokládáno. Dle statistik WHO se výskyt černého kašle v roce 2014 oproti roku 2013 v ČR více než zdvojnásobil. [6, 22, 66]

### **2.8.4 Hepatitida (žloutenka) typu B**

Toto onemocnění je přenosné především pohlavním stykem a krví (například při použití znečištěných jehel, při tetování). Postihuje játra a zvláště u kojenců a dětí patří mezi vážná onemocnění. Rizika nakažení touto nemocí dnes u kojenců a dětí prakticky nejsou. Prevencí přenosu z infikované matky na dítě porodem je testování matek na přítomnost viru již v těhotenství. V případě pozitivního testu je vakcína podávána dětem do 24 hodin od porodu. Smysl očkování kojenců spočívá ve skutečnosti, kdy je ohroženo každé dítě, které je ve styku s nakaženými. Nemoc spíše postihuje dospívající a dospělí. Dle autora Sears: „*Cílem očkování bylo, aby byla celá generace, která vyrostе, chráněná, a následně se tak snížil výskyt této nemoci v naší populaci.*“ [19, s. 59] V případě kontaktu s nakaženou osobou se onemocnění léčí podáním protilátek tohoto viru. [11, 19]

### **2.8.5 Dětská obrna**

Nemoc se šíří podobně jako nachlazení či střevní chřipka, respirační a orální cestou, kdy přenašeč je člověk. U většiny lidí se nemoc nijak neprojeví, ale v případě těžkých případů může virus způsobit napadení nervového systému, a dokonce následné ochrnutí. Tato forma postihuje zhruba 1 % nakažených. V současné době se onemocnění vyskytuje ve 4 státech světa (Afghánistán, Nigerie, Indie, Pákistán). V ČR byl poslední případ zaznamenán v roce 1961. Onemocnění není léčitelné. [7, 19]

### **2.8.6 *Haemophilus influenzae* typu b**

Nemoc může způsobovat zánět mozkových blan, těžké infekce kostí, krku - brání dýchání a zápal plic. Přenáší se jako běžné nachlazení. Nejvíce jsou těžkými formami ohroženy děti do věku pěti let. Úmrtnost činí při nakažení okolo 5 %, onemocnění, je však obvykle léčitelné antibiotiky. [7, 19]

### **2.8.7 Spalničky**

Onemocnění se přenáší kapénkovou infekcí. Nejprve nemocného sužují horečky, rýma a kašel a po zhruba čtyřech dnech se objevuje exantém v podobě červené vyrážky. Tato infekce vyvolává doživotní imunitu. Těžké případy spalniček jsou výjimečné, avšak mohou způsobit i záněty mozku a jeho dysfunkci, zápal plic. Nemoc může končit i smrtí. Dle statistických údajů WHO, v ČR nebyl zaznamenán v roce 2010 ani jeden případ spalniček, v roce 2014 se však už vyskytlo případů 222 a v roce 2015 pouze 9. (viz tab. 2.4). Proti spalničkám se očkuje, ale lék na ně není. [7, 19, 65]

### **2.8.8 Příušnice**

Projevují se otokem příušních žláz a přenáší se respirační cestou, komplikací může být postižení sluchu a u starších chlapců jsou obávané záněty varlat. Pro většinu dětí, je však tato nemoc neškodná. Dle autora Kotok: „*Průměrně polovina dětí je prodělá bez jakýchkoliv příznaků.*“ [11, s. 168] Z WHO statistických údajů se v ČR vyskytlo v roce 2014 celkem 677 případů příušnic, v roce 2015 již 1616 (viz tab. 2.4). [11, 65]

### **2.8.9 Zarděnky**

Onemocnění obvykle začíná zduřením uzlin a po té se rychle šíří typická vyrážka. V dětském věku toto onemocnění nebývá nijak závažné, problém je však u těhotných žen, kdy při nakažení onemocněním v prvním trimestru může dojít k vývojovým anomáliím



plodu. V případě onemocnění získává pacient doživotní imunitu. V roce 2014 se toto onemocnění vyskytlo v ČR pouze jedenkrát, v roce 2015 ani jednou (viz tab. 2.4). [7, 22]

Tabulka 2.4 Výskyt onemocnění spalniček, příušnic a zarděnek v ČR v letech 2007-2015

Počet výskytu spalniček, příušnic a zarděnek v České republice v letech 2007-2015									
Onemocnění	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Spalničky	2	2	5	0	17	22	15	222	9
Příušnice	1 297	403	357	1 068	2 885	3 902	1 553	677	1 616
Zarděnky	4	14	6	4	27	6	0	1	0

Zdroj [65], vlastní zpracování

*Mezi povinná (pravidelná) očkování* patří v ČR v případě *rizikových skupin* také *tuberkulóza*, což je onemocnění postihující plíce. Dále u rizikových dětí s indikací také *pneumokoková onemocnění*, která způsobují záněty středouší, zápal plic, otravu krve a zánět mozkových blan. *Mezi doporučená očkování, které nepodléhají povinnosti* vakcinace patří již zmiňované pneumokokové onemocnění a rotavirové nákazy vyvolávající průjmy u kojenců a dětí. [52, 62]

## 2.9 Důvody pro řádné očkování svých dětí

Existuje mnoho názorů na povinné očkování kojenců, jak mezi odbornou, tak i laickou veřejností. Tato podkapitola bude zaměřena na nejčastěji uváděné pozitiva očkování z různých zdrojů.

Očkování patří mezi *nejmodernější a nejúčinnější nástroj prevence onemocnění*. Vakcinace malých dětí je důležitá z hlediska ochrany a prevence vzniku závažných i méně závažných onemocnění. *Proočkované dítě představuje ochranu pro ostatní sourozence či celou rodinu a snižuje tak výskyt bakterií a virů v celé populaci*, vzniká takzvaná kolektivní imunita. Dle deníku VOX PEDIATRIAE hlavní hygienik Vladimír Valenta tvrdí: „Pravidelné očkování v Česku ročně zachrání na 500 životů a zabrání až 150 000 infekčních onemocnění.“ [29]

*Ze zkušenosti zemí, v nichž z nějakého důvodu klesla proočkovanost, data ukazují, že se nemoci, které již byly téměř vymýceny, začaly znovu objevovat*. Důkazem se tak stalo Německo s 91% proočkovaností, která bohužel nebyla dostačující, v roce 2009 zde vypukla

epidemie spalniček, při níž onemocnělo 1200 dětí. Dalším příkladem je Francie, která v roce 2011 s obdobnou proočkovaností během ledna až února hlásila celkem 3749 případů, kdy jedna osoba zemřela a osm bylo v tomto období postiženo neurologickými komplikacemi. [43, 67]

Dle serveru [www.lidovky.cz](http://www.lidovky.cz) předseda České vakcinologické společnosti Roman Prymula tvrdí: „*Argument proč očkovat povinně je jednoznačně chřipka. Zde máme přímo tragickou proočkovanost a přes velké počty úmrtí ročně v souvislosti s chřipkou to nikomu moc nevadí.*“ [45]

Povinné očkování v populaci je velmi důležité z hlediska ochrany jedince a nejen to, celoplošně tvoří povinné očkování ochranu i pro ty osoby, které očkovány, z určitých důvodů, být nemohou, či jejich obranyschopnost je natolik nízká, že i v případě proočkování jsou nemocí infikováni. Účinnost vakcín je obvykle okolo 90 – 99 %, vzniká kolektivní imunita. Ta tvoří ochranu pro ty, jejichž tělo si nevytvořilo protilátky ani po očkování. [51, 60]

Důležité je také zahájení očkování, které se vztahuje k potřebě ochránit kojence v co možná nejkratším období po narození, jelikož ***nejmenší děti nemají imunitní systém uzpůsobený k tomu, aby se těmto vážným nemocem mohly přirozeně bránit.*** Nemoci, které jsou typické pro určitou věkovou kategorii, je tak mnohem lepší preventivně proočkovat dříve, aby se předcházelo komplikacím v budoucnosti. Dle serveru [www.vakcinace.eu](http://www.vakcinace.eu): „*Řádným očkováním podle platného očkovacího kalendáře předejdeme vyššímu počtu onemocnění, komplikací i úmrtí.*“ [60], [51, 60]

V současné době se k ochraně proti nemocem obvykle aplikují kombinované vakcíny umožňující prevenci proti několika nemocem zároveň. Dle studií a zkušeností bylo zjištěno, že tyto nejmodernější vakcíny jsou zcela bezpečné. V souvislosti s vysokou proočkovaností se výskyt závažných onemocnění snížil na minimum, díky tomu začíná převládat mezi lidmi větší strach z účinků vakcín. Všechny vakcíny jsou však pečlivě klinicky testovány a kontrolovány ještě předtím, než jsou na trhu dostupné. Poté jsou monitorovány všechny nežádoucí účinky a komplikace. V případě problémů by byla vakcína okamžitě stažena z trhu. Vakcíny nyní navíc obsahují menší zátěž pro organismus, než tomu bylo kdysi. Dle serveru [www.vakcinace.eu](http://www.vakcinace.eu): „*Antigenní zátěž v současné hexavakcíně je řádově nižší než například zátěž po jediném očkování proti černému kašli,*

kteře dostávali jako malí dnešní rodiče. I kdybychom hypoteticky podali všechny dětské vakcíny naráz v jeden den, „zaměstnáme“ pouze 0,1 % kapacity dětského imunitního systému.“[60] Současné vakcinaci začaly být přisuzovány výskyty mnoha neinfekčních onemocnění jako cukrovka 1. typu, alergie, ekzémy a neurologické komplikace, *tato tvrzení však byla v odborné vědecké literatuře vyvrácená.* [11, 60]

Co se týče nežádoucích účinků, *vyskytují se ve výjimečných případech.* Trvalých kontraindikací se vyskytuje velmi málo (1:1 000 000). Souvislost poškození dětí musí být s očkováním prokazatelná a ve většině případů se jedná pouze o časovou souvislost. Lékaři jsou pravidelně proškolení v rámci případných kontraindikací, a pokud mají rodiče pochybnosti o praktikách pediatra, mohou *kontaktovat specializovaná očkovací centra.* Při správném uvažování možných kontraindikací *převažují především výhody nežli rizika vakcinace.* [6, 67]

## 2.10 Proč děti neočkovat dle povinného očkovacího kalendáře

V souvislosti s dostupností informací, globalizací a jejich sdílení se postupně na základě zkušeností rodičů či zdravotníků začaly dostávat do popředí také informace o negativních postojích k povinnému očkování nejen z řad laické veřejnosti, ale i odborníků a lékařů. Hlavní myšlenkou, proč by rodiče neměli spoléhat jen na názory lékařů, je to, že *informace o očkování, které lékaři na fakultách získávají, se ve většině případů nijak neliší od reklamních působení farmaceutických společností.* K dalšímu zamyšlení může být také fakt, že sami někteří lékaři své děti očkovat záměrně nenechávají. Dle autora Kotok: „*Studie uskutečněná v Izraeli ukázala, že každá pátá matka, která odmítá očkování proti Hepatitidě B, pracuje ve zdravotnictví.*“ [11, s. 3] Další úvahou může být ta, že za vědeckými studiemi a důkazy potvrzující účinnost a bezpečnost vakcín stojí téměř vždy lidé zainteresováni s výrobou vakcín. [11]

**Vakcíny mohou způsobovat mnoho nežádoucích účinků.** Dle autora Eleková: „*Vakcíny obsahují látky bezpochyby škodlivé, některé v dávkách překračujících bezpečnostní limity, v kombinaci, jejich účinek, metabolismus, kinetika a vylučování z organismu nebyly na cílové skupině nikdy zkoumány a dávka vakcíny není přizpůsobována hmotnosti příjemce, stejnou dávku dostane pětikilové i dvacetikilové dítě.*“ [4, s. 13]

Na skutečnost v rámci bezpečnosti vakcín může navazovat případ vakcíny proti hepatitidě B, kdy výrobce vakcíny údajně sledoval nežádoucí účinky pouze čtyři dny po

očkování a následně byla vakcína uvedena na trh. K zamyšlení může také vést zjištění pracovníků z Centra vakcinačních studií v Oaklandu, které uvádí autoři Strunecká a Patočka: „*kdy studie ukázala, že kombinovaná vakcína vyvolávala febrilní křeče ve frekvenci 1/2300 dávek, zatímco jednotlivé vakcíny je nevyvolávaly.*“ [21, s. 225], [11, 21]

Vakcíny obsahují nebezpečné látky jako rtuť, hliník a další, je třeba brát na vědomí, že ***není známo zcela přesně, jak jednotlivé látky působí v organismu*** a dnes je již vědecky dokázáno, že některé látky jsou karcinogeny či excitoxiny. Zároveň vakcíny mohou mít i stinné stránky, které veřejnosti natolik předkládány nejsou, jako poškození centrálního a periferního nervového systému. Pokud dochází k poškození mozku v souvislosti s vakcinací, je toto označováno za postvakcinační encefalopatii a encefalitis (zánět mozku). ***Encefalitida*** se může projevovat encefalitickým pláčem u kojenců (trvá nejméně tři hodiny, pláč je typický pro vysoké polohy hlasy), poruchy vědomí, křeče, horečky, nechutenství, ztuhlá šíje, kdy se dítě prohýbá dozadu a další. Mezi příznaky ***encefalopatie*** patří ztráta kognitivních funkcí (řeč, dítě přestane dělat, co již umělo), změny osobnosti, poruchy dýchání, letargie, záškuby svalstva a podobně. Samotné odeznění příznaků nemoci však nemusí znamenat jeho vyléčení, důsledky některých poškození mozku nelze zjistit dříve, než v období školní docházky až adolescence. Příběhy matek dětí v souvislosti s nežádoucími účinky vakcín a naočkováním jsou uvedeny v příloze č. 10. [4, 21]

Další skutečnost, kterou musí brát rodič při rozhodnutí o očkování, je, že zde ***není záruka stoprocentní ochrany proti dané nemoci*** a poskytnutí ochrany na doživotí, jelikož ***údaje o přetrvání protilátek v těle, dosud přesně známy nejsou***. Toto dokládají i současné epidemie příušnic, černého kašle (ten zůstává globální epidemií i nadále, počet nakažených se stále zvyšuje) i u očkovaných osob. V roce 2003 byla proočkovanost v ČR proti příušnicím 96,9 %. Proti tomuto onemocnění se u nás očkuje od roku 1987, při epidemii příušnic roku 2003 však bylo 46,1 % nakažených ve věkové skupině 15 - 19 let. Dle odhadů WHO – UNICEFF ***je v ČR proti dávivému kašli proočkováno 99 % dětské populace, výskyt onemocnění však přesto v posledních letech narůstá (mimo rok 2015)*** (viz. tab. 2.5). [21, 22, 66]

Tabulka 2.5 Výskyt dávivého kašle 2007 - 2015

Výskyt dávivého kašle v ČR	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	186	767	956	662	324	738	1 233	2 521	585

Zdroj [66], samostatně vypracováno

Důvodů, proč se někteří lidé rozhodnou neočkovat své děti, je mnoho. Jedním z nich také mohou být současné hygienické podmínky, úroveň zdravotnictví, ***minimální reálná rizika výskytu očkovanych onemocnění, které jsou ve většině případů léčitelná.*** Data navíc ukazují poklesy výskytu některých onemocnění i úmrtnost (dětská obrna, spalničky, černý kašel) již před zavedením samotného očkování. [4, 15]

V souvislosti se **snížující se proočkovností a zároveň snižujícím se počtům úmrtí na pravé neštovice v letech 1881 – 1941** někteří historici zpochybňují i spojitosti výskytu tohoto onemocnění a plošného očkování. Dle autora Miller: „*Spála a mor rovněž infikovaly miliony lidí. Proti těmto nemocem nebyly nikdy vyrobeny vakcíny, a přesto rovněž vymizely.* [15, s. 79] Někteří tak vnímají pokles v minulosti závažných onemocnění především v základních hygienických reformách populace. [4, 15]

V závěru je tedy nutno podotknout, že by si rodiče měli pečlivě zvážit možná rizika všech očkovanych nemocí v poměru s možnými riziky vakcín. Názory na tuto problematiku jsou různé a je zapotřebí vzít v potaz i možnou relevantnost zdrojů.

### 3 Teoretická východiska chování rozhodovací jednotky

Tato kapitola bude zaměřena na teoretická východiska s důrazem na spotřebitelské chování. V úvodu kapitoly budou popsány základní pojmy vztahující se k tématu, poté budou vysvětleny jednotlivé přístupy spotřebitelského chování a nastíněn model – podnět, černá skříňka, odezva. Na zákazníka či spotřebitele působí při nákupním chování mnoho faktorů, které budou v rámci teorie vysvětleny také. V závěru kapitoly bude zmínka o samotném nákupu a jeho členění, kdy bude následně vysvětlen nákupní rozhodovací proces.

#### 3.1 Spotřební chování

**Zákazníkem** se rozumí člověk, který určité výrobky či služby nakupuje (objednává) a platí za ně. Obecnější je pojem **spotřebitel**, kdy ne vždy se musí jednat o nákup, ale pouze o spotřebovávání daného výstupu. [24]

To, co zákazník nakupuje, jak často, za jakým účelem, kde, a jak hodnotí nakupované položky, zahrnuje **nákupní chování**. Shiffman a kol. definuje nákupní chování „jako chování, kterým se spotřebitelé projevují při hledání, nakupování, užívání, hodnocení a nakládání s výrobky a službami, od nichž očekávají uspokojení svých potřeb.“ [20, s. 14] Pro výrobce produktů a služeb je velmi významné porozumět nákupnímu chování a rozhodovacímu procesu spotřebitele. [20]

Naopak **spotřební chování** jedinců nezahrnuje pouze bezprostřední nákup nebo užití nějakého výrobku či služby, ale i okolí, které jej podmiňuje. Koudelka definuje spotřební chování jako „chování lidí - konečných spotřebitelů, které se vztahuje k získávání, užívání a odkládání spotřebních výrobků - produktů.“ [12, s. 5]. Spotřební chování odráží všeobecnější spotřební podstatu každé osoby, která je získaná během života a částečně podmíněna geneticky. [12]

#### 3.2 Přístupy ke spotřebitelskému chování

Základní dělení přístupů ke spotřebitelskému chování spočívá ve čtyřech oblastech pojetí: racionální, psychologické, sociologické a komplexní. Jednotlivé přístupy objasňují chování nejen jednotlivců, ale i domácností. [12]

### 3.2.1 Racionální přístupy

Tyto modely se snaží o výklad spotřebního chování na principech racionality. Základem této koncepce je jednání se zaměřením na ekonomickou výhodnost, kdy se stává předpokladem informovanost spotřebitele o různých variantách. Souvislost je dána vztahy mezi cenami, příjmy v domácnosti a ekonomickými omezeními s důrazem na rozpočtové možnosti, přičemž emoce, psychologické faktory a různé sociální prvky hrají spíše doplňující roli. Tento přístup se z hlediska ekonomické teorie zaměřuje na mezní užitky, indifferenční křivky a křížovou pružnost (elasticitu). Spotřebitel je při svém rozhodování schopen vytvořit samostatný a vědomý postup při spotřebním chování. [12, 16]

### 3.2.2 Psychologické přístupy

Tyto modely principů spotřebního chování kladou důraz na vlivy psychických pochodů uvnitř spotřebitele. Nákupní chování vysvětlují jako následek zaměření se na hlouběji ukryté psychické motivy, faktory a procesy jenání při vnímání vnějších podnětů. Tyto modely se v oblasti nejen marketingu dále pojmají z pohledu behaviorálního a psychoanalytického. Koudelka uvádí, že „v případě **behaviorálního přístupu** se vlastní rozhodování spotřebitele považuje za vnitřní duševní svět, který jako takový není možné poznat přímo.“ [12, s. 8]. Samotné poznání je pak uskutečňováno pozorováním a popisem reakcí spotřebitele na určité vnější podněty, jako je například prezentace zboží, reklamní sdělení, doporučení prodejců či módní trendy. Tento přístup je často zobrazován ve schématu podnět (stimul) – odezva (reakce). **Psychoanalytické přístupy** patří mezi druhý směr v poznání spotřebitelova psychologického chování. Tyto modely se odvíjejí od prací S. Freuda a dalších, kdy jejich základ spočívá v hlubších motivačních strukturách se zaměřením i na neuvědomované motivy spotřebitele. [12, 16]

### 3.2.3 Sociologické přístupy

Sociologické modely sledují, jak lidé reagují v rámci spotřebního chování v jednotlivých sociálních prostředích. Na spotřebitele je nahlíženo jako na člověka, jenž je ovlivňován svým okolím, skupinami lidí, normami a cíli. Toto prostředí tak může působit na konečné rozhodování se snahou zákazníka o přiřazení do určité skupiny, sociálního statusu či role. Dle autora Koudelka: „*Lidé mají za normálních podmínek silné tendence dodržovat sice nepsané, ale silně působící sociální normy. Působení módy je velice zřetelným příkladem.*“ [12, s. 9]

### 3.2.4 Komplexní přístupy

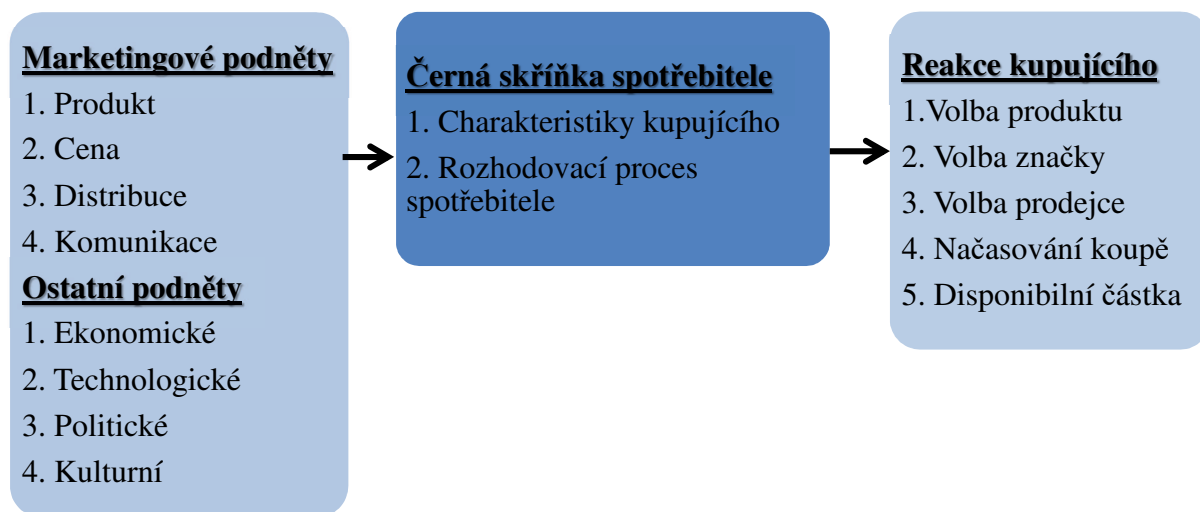
Tyto přístupy se snaží o přehledný soubor zachycení vzájemných úrovní spotřebitelského chování. Modely jsou konstruovány do obsáhlých zobrazení a zahrnují roviny jak racionální, psychologické, tak sociální, ale i další. Svou strukturou připomínají behaviorální modely z hlediska zobrazení po vizuální stránce, ne však té obsahové. [1, 12]

### 3.3 Model podnět, černá skříňka, odezva

Tento model je původní modifikací zkoumání vazeb behaviorálního přístupu modelu podnět (stimul) – odezva (reakce) (viz. kap. 3.2.2). Nákupní chování jedince je velmi složitý proces, do nějž nelze zcela přesně a spolehlivě z hlediska marketingového výzkumu nahlédnout. Pochody v mysli člověka je zatím možné posuzovat pouze omezeně. Skutečné rozhodování zákazníků je tedy ve svém smyslu neviditelným souhrnem tzv. **černé skříňky**, představující mysli člověka, kdy je samotné rozhodování závislé na bázi mnoha faktorů. V tomto modelu je spotřebitel zkoumán z hlediska **podnětů**, které vyvolávají nákupní jednání, postupy samotného rozhodování a dále také **reakce**, což je chápáno jako následný výsledek. Model se snaží o vysvětlení a především poznání zákaznickova jednání s pohledem dovnitř černé skříňky. [12, 24]

Marketingové podněty zahrnují marketingový mix a jeho čtyři P, které jsou odvozeny z anglických slov product (produkt), price (cena), place (distribuce), promotions (propagace). Ostatní podněty jsou vztahovány na prostředí, v němž se spotřebitel nachází. (viz. obr. 3.1). Do černé skříňky vstupují všechny tyto podněty a zde se z nich stávají možné reakce pro volbu produktu, značky, prodejce či načasování koupě a zvolené disponibilní částky, kterou je spotřebitel ochoten vynaložit. Vnímání podnětů a následných reakcí ovlivňuje charakteristika kupujícího, rozhodovací proces a poté nákupní chování. [10]





Obrázek 3.1 Černá skříňka spotřebitele, Zdroj [10, s. 310], samostatně vypracováno

### 3.4 Faktory ovlivňující chování spotřebitele

Nákupy spotřebitelů jsou ovlivňovány mnoha faktory, které ve většině marketingoví specialisté nedokáží nikterak ovlivnit, ovšem nemohou na ně při svých aktivitách zapomínat. Mezi činitele působící na spotřebitelské chování patří kulturní, společenské, osobní a psychologické faktory. (viz obr. 3.2)



Obrázek 3.2 Faktory ovlivňující chování spotřebitele, Zdroj [18, s. 146], samostatně vypracováno

### 3.4.1 Kulturní faktory

Kulturní faktory hrají stěžejní roli v rámci nákupního chování spotřebitele, samotný výzkum je pro marketéry velmi náročným, jelikož je zaměřen na rozsáhlé složky společnosti. Odborníci v oblasti marketingu mají za úkol pochopit, jak ovlivňuje kultura, subkultura a společenská třída spotřebitelské chování. [18]

**Kultura** – kultura tvoří určitou totožnost lidí, která formuje modely chování ve společnosti. Jednotlivci jsou často náchylní přiklánět se k tomu, co říká jejich kultura a odmítají rozpor s jejich kulturní pravdou. Kulturní faktory se mění relativně pomalu, ale jsou **dynamické**, transformace probíhají v harmonii se změnami celé společnosti. Kotler definuje kulturu jako: „*soubor základních hodnot, postojů, přání a chování, které člen společnosti přejímá od rodiny a dalších důležitých institucí.*“ [10, s. 311]. Lidé **se kultuře učí**, mohou být mimo jiné ovlivněni také svými přáteli, vzděláním, církví, kolektivem v práci či médiu, které na něj působí. Kultura je zároveň **přenášena z generace na generaci** a některé poznatky, chování i normy jsou pro celou skupinu **společné tzv. sdílené**. Mezi jednotlivými kulturami lze vnímat jisté rozdíly neboli **diferenciace**, které nutně nemusí být vymezeny geograficky ani nikterak závislé na občanství státu. [10, 14]

Kulturní odlišnosti lze vnímat například v jazyce, kterým se lidé dorozumívají, například lékařská terminologie (anatomie) využívá jednotně jazyk latinu. Světovým

dorozumívacím jazykem vědy, světového obchodu a mediálních agentur je na prvním místě angličtina, již hovoří jako druhým jazykem až 1,4 miliardy lidí. [46]

**Subkultura** – ve stejné společnosti lze sledovat také jistá společenská přesvědčení, názory, hodnoty či zvyky, které se liší od ostatních členů těchto společenských ucelení. Shiffman a kol. definují subkulturu jako: „*jasně odlišitelnou kulturní skupinu, která je identifikovatelným segmentem větší a komplexnější společnosti.*“ [20, s. 433] Jako subkultura může být vnímaná téměř každá skupina se společnými zvyky a přesvědčeními. Členem různých subkultur může být člověk vyznávající náboženství, patřící k nějaké národnosti, rase, vykonávající určité povolání, žena, muž, ale i milionář. [20]

**Společenská třída** – obvykle je každá společnost složena ze struktury společenských tříd, které představují její poměrně dlouhodobé uspořádané rozdělení. Členové společenských tříd vykazují podobné vzorce chování, zájmy a hodnoty. „*Warner člení společenskou třídu do šesti tříd: vyšší třída, střední třída, nižší třída, každá z nich se dělí na vyšší a nižší skupinu. S tímto přístupem pracují i některé agentury v České republice.*“ [8, s. 101], [8, 10]

Systém třídění se v různých částech světa liší, nejen z hlediska velikosti jejich rozřazení v jednotlivých třídách. Pro rozvinuté země je typická diamantová struktura, kdy se pouze malé procento lidí nachází v nejnižší či nejvyšší části a nejvíce lidí je právě uprostřed. Naopak v méně rozvinutých zemích je struktura spíše pyramidová, kdy nejvíce občanů náleží do nejspodnější části celého žebříčku. V souvislosti s rozvojem zemí se mění i skladba v obvyklém směru od pyramidové struktury k diamantové, je však podloženo, že v některých případech se prohlubují rozdíly mezi nejchudším obyvatelstvem a tím nejbohatším. V oblasti očkování se nejchudší země světa potýkají s nízkou proočkovaností a nedostupností vakcín. Dle odhadů by použití všech vyrobených vakcín v roce 2011 v 72 nejchudších zemích světa zachránilo až 6,4 miliónů lidských životů, což by ušetřilo až 6,2 miliardy dolarů, které by musely být vynaloženy na léčbu nemocí těchto pacientů. Tito lidé by poté v období 2011 - 2020 vydělali ve svých zemích až 145 miliard dolarů. [10, 56]

### 3.4.2 Společenské faktory

Nákupní chování je mimo jiné také ovlivňováno referenčními skupinami, což jsou menší skupiny spotřebitelů, rodinou, ve které člověk vyrůstá, rolí a sociálním postavením ve společnosti. [10, 12]

**Skupiny**- Skupiny výrazně působí na chování lidí, v rámci souvislosti tématu budou níže zmíněny podrobněji. Na skupinu lze nahlížet ze dvou významů – jako na sociální skupiny *v nejširším smyslu*, ty tvoří sociální skupiny ve významu sociální kategorie a sociálního agregátu, a jako na sociálních skupiny *ve vlastním smyslu*. [12]

**Sociální skupiny v nejširším smyslu** - pod pojmem *sociální kategorie* se rozumí soubor osob, mezi nimiž nemusí nutně docházet ke vzájemné interakci či sociálnímu vztahu, nepostradatelný je však minimálně jeden společný znak v kategorii. Příkladem může být rozdělení lidí v rámci věku, pohlaví, počtu dětí nebo jejich oboru zaměstnání. **Sociální agregát** je prostorové sdružení lidí. Může se jednat o *náhodné sociální agregáty* (lidé v čekárně u lékaře, v očkovacím centru) nebo *davy*, ať už pasivní nebo aktivní. Pasivními davy se rozumí například posluchači přednášky s tématem vakcinace a mezi aktivními davy může být uvedena demonstrace odpůrců očkování, která se konala dne 9. března 2015 na Palackého náměstí v Praze před ministerstvem zdravotnictví. Dorazilo na ni přibližně 500 občanů. Dav má v oblasti marketingu významnou roli, jelikož ovlivňuje vnímání produktů a služeb. [12, 42]

**Skupiny ve vlastním smyslu** jsou souborem jedinců, kteří jsou si vědomi příslušnosti ke skupině, mezi nimiž existují společné komunikační sítě, činnosti, cíle, systémy sankcí, norem a jejich role či pozice jsou diferencované. Sociální skupiny ve vlastním smyslu mohou být primární či sekundární. Konkrétní příklady a jejich vztah mezi formálností členství je uveden níže (viz. tab. 3. 1). [3, 12]

Tabulka 3.1 Formálnost členství v sociální skupině

	NEFORMÁLNÍ podmínky členství	FORMÁLNÍ podmínky členství
<b>PRIMÁRNÍ</b>	Přátelé, rodina, nákupní skupiny	Spolky, týmy, kluby
<b>SEKUNDÁRNÍ</b>	Sportovní hrdinové, osobnosti, reprezentanti životního stylu, sociální třídy	Náboženské organizace, politické strany, profesní organizace

Zdroj: [3, s. 33], samostatně zpracováno

Příklad: Neočkující matky lze zařadit mezi sekundární neformální skupiny, dle aktuálního dění, očkování hexavakcínou odmítá stále větší počet rodičů. V ČR stoupá i celková aktivita občanské iniciativy této skupiny, která zpochybňuje nebo odmítá povinná očkování či vyžadují různá alternativní schémata, jejich názory a činnosti se dostávají čím dál více do masmédií v ČR. Tato skupina zcela jistě ovlivňuje nákupy a spotřebu vakcín. [69]

Mimo jiné se rozlišují i **skupiny referenční**, do nichž se zařazují jak primární, tak sekundární skupiny. Jedná se o skupiny, s nimiž člověk ztotožňuje své chování. Normy a hodnoty přizpůsobuje podle této skupiny, se kterou se identifikuje. Vztah k referenční skupině může být záporný nebo kladný. Boučková tvrdí: „*jde-li o kladný vztah a jedinec není členem skupiny, jedná se o referenční skupiny aspirační, je-li záporný, jde o tzv. disociační skupiny.*“ [1, s. 133] **Aspirační skupina** je ta, do které spotřebitel sice nepatří, ale chtěl by do ní patřit, naopak **disociační skupinou** se rozumí ta, do níž spotřebitel nepatří a ani patřit nechce. Spotřebitel však může být sám členem skupiny a v případě kladného vztahu se jedná o **členské kladné referenční skupiny**, při záporném vztahu jde o **skupiny zříkané**. [1, 3]

Referenční skupiny jsou v marketingu využívány při **mediálním působení** na spotřebitelovo chování, kdy marketéři při marketingové komunikaci využívají zapojení celebrit, expertů, odborníků, obyčejných lidí, osobnostních charakteristik a dalších při svých kampaních. Například v České republice byl pracovní skupinou pro očkování České pediatrické společnosti poprvé v roce 2002 uspořádán Národní očkovací týden pro laickou veřejnost a událost reprezentovala **paní Dagmar Havlová**. [3, 29, 49]

V referenčních skupinách je také užíváno **slovo z úst**, které patří mezi základní komunikační formy. Tato forma komunikace se rozděluje na **krátké řetězce**, kdy pokud má spotřebitel potřebu získat informace o nějakém produktu, obrací se na referenční skupinu, dle níž dále jedná a **dlouhé řetězce** (fámy) šířící se ústní formou, obsahující často zkreslené a nepřesné údaje. U těchto informací nelze jednoznačně posoudit jejich pravdivost. Pro marketing však hrají významnou roli, kdy je pro společnost důležité tyto fámy o jejich produktech sledovat, případně na ně reagovat. Příkladem může být antivakcinačně založená bývalá playmate časopisu Playboy, Jenny McCarthyová, dle serveru [www.zdravotnickydenik.cz](http://www.zdravotnickydenik.cz) sdělila médiím výrok ohledně svého syna: „*Nepochybuji o tom, že Evanův autismus spustilo očkování.*“ [68] Nikdy však nebylo prokázáno, že očkování

způsobuje autismus, tudíž jsou tyto výroky zkreslené, avšak poté ovlivňují veřejnost nadále. [3, 68]

Referenční skupiny ovlivňuje **názorové vůdcovství**, kdy každý člen skupiny v ní zaujímá určitý status. Lidé s vyššími statusy mají tendenci názorového vůdcovství. Autorka Dědková tvrdí: „*Názorové vůdcovství je proces, kdy jedna osoba neformálně ovlivňuje činy, či postoje jiných, kteří si vytvořit názor potřebují nebo si ho pouze vyslechnout.*“ [3, s. 48] Příkladem v ČR může být MUDr. Ludmila Eleková či Prof. RNDr. Anna Strunecká, DrSc., které jsou jedny z propagátorek uvědomění nebezpečí při očkování. [3]

**Rodina** – na nákupní chování má rodina značný vliv, a to i v případě, že člověk už s rodinou v kontaktu není. Rodiče jsou ti, kteří budují ve svých dětech osobní ambice, postoje, sebeúctu a lásku. Specifické spotřební projevy jsou závislé na tom, v jaké fázi životního cyklu se rodina nachází (svobodní, založení rodiny, odchod dětí z domova, atd. (viz. kap. 3.4.3). V případě dospělého jedince, jenž má svou vlastní rodinu, je poté jeho spotřební chování navíc ovlivněno partnerem a samotnými dětmi. Marketingoví specialisté mají za úkol sledování vzájemných vlivů a rolí partnerů, partnerek a dětí. V případě očkování dítěte jde o rozhodnutí obou partnerů společně (i na toto rozhodnutí může mít vliv blízká rodina obou rodičů, jejich zkušenosti či názory), svou roli však hraje především dítě samotné, jeho zdravotní stav a reakce na předešlá očkování dítěte či jeho sourozenců. [10, 24]

**Role a status** – lidé náleží do několika skupin, role a status přibližují postavení v rámci jednotlivých skupin. Role jsou se statutem spojovány, určují obecnou důležitost ve společnosti. Role manažera farmaceutické společnosti činí ve společnosti větší vážnost, než role syna. Manažer společnosti bude při svých nákupech oblečení vybírat to, které odráží jak jeho roli, tak status. Dle autora Kotler jsou role: „*činnosti, které od osoby očekává její okolí, a status obecná úcta, kterou role ve společnosti vzbuzuje.*“ [10, s. 317], [9, 10]

### 3.4.3 Osobní faktory

Nákupní rozhodování je dále ovlivňováno osobními charakteristikami člověka, mezi něž je možno zahrnout věk, fáze života, zaměstnání, životní styl, způsob vnímání lidí samotných a osobnost. [10, 16]

**Věk a fáze života** – struktura potřeb a způsob těchto uspokojení se u spotřebitelů mění v průběhu celého života, věk a fáze života jedince tak hrají velkou část role nákupního chování. V rámci věkové struktury může být v této souvislosti významná míra životních zkušeností a celkový zdravotní stav. Na věku závisí také již zmiňované stádium životního cyklu rodiny, což jsou etapy, kterými každá rodina v průběhu života prochází (svobodní, manželské páry bez dětí, s dětmi, rozvedení bez dětí s dětmi, manželské páry bez a s nezaopatřenými dětmi, starší sezdané páry a svobodní lidé). [10, 16]

**Zaměstnání** – ovlivňuje míru nákupu a chování nejen z pohledu souvisejícího s určitou profesí člověka, příslušnosti sociální skupiny z aspektu zaměstnání, ale je rozdíl také v časovém odstupu nákupu. Zkušený pediatr bude mít pravděpodobně kratší rozhodovací proces při volbě vakcíny pro svého potomka, než asistent prodeje v maloobchodě, který se setkává s tematikou poprvé. [16]

**Ekonomická situace** – nákupní rozhodování se odvíjí od velikosti příjmu, inflace, cen na trhu a dalších působení faktorů na jedince či rodinu. Celá ekonomická situace je závislá nejen na jednotlivci samotném, ale také na spoustě aspektech v makroekonomickém prostředí, (v případě nenačkování dítě nemůže navštěvovat mateřské školy, rozhodují i již zmíněné příjmy v domácnosti). [16]

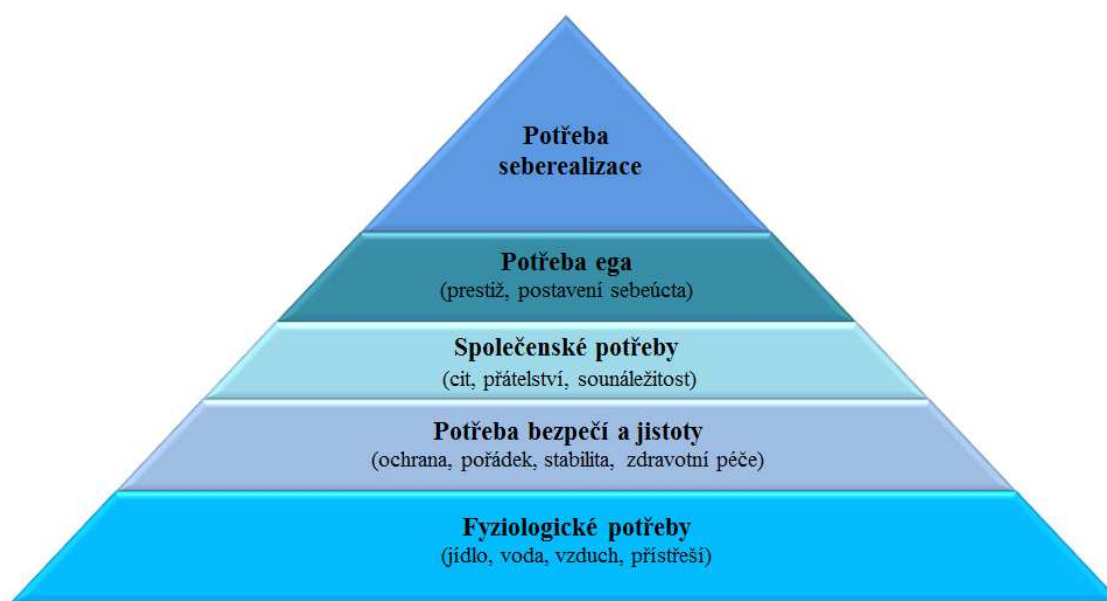
**Životní styl** – životním stylem se rozumí určitý způsob života, který se vyznačuje specifickými *aktivitami, zájmy a názory*. Ve finálním efektu pak ovlivňuje nákupní chování spotřebitelů. V marketingu slouží především k segmentaci spotřebitelů a jejich klasifikaci. [1, 16]

**Osobnost a sebepojetí** - Dle autora Paulovčáková je „*osobnost vnímána jako soubor psychologických rysů, které vedou k relativně konzistentním a trvalým způsobům reakcí na stimuly okolního prostředí včetně kupního chování.*“ [17, s. 144] Osobnostní faktory lze využívat pro ovlivnění spotřebitele. V oblasti marketingu často vznikají i typové osobnostní klasifikace (mobilní pragmatik, skrbílek, a další). Mezi rysy osobnosti patří samostatnost, opatrnost, dominance, přizpůsobivost, agresivita a jiné. Sebepojetí je vnímání sama sebe jako představa, kterou má člověk sám o sobě a ta poté ovlivňuje nákupní chování. [16, 17]

### 3.4.4 Psychologické faktory

Nákupní rozhodování je dále závislé na psychologických faktorech, jako jsou motivace, vnímání, učení, přesvědčení a postoje. [20]

**Motivace** – dle autorů Schiffman a kol.: „*Motivace je hnací silou jedinců, která je poháněná k činnosti.*“ [20, s. 208] Jde o určitou potřebu, která člověka žene k jejímu uspokojení. Nejznámější psychologické teorie týkající se lidské motivace jsou teorie Sigmunda Freuda a Abrahama Maslowa. **Dle Sigmunda Freuda** člověk zcela svým motivacím nerozumí a skutečné psychologické vlivy si obvykle neuvědomuje. Dle jeho teorie jedinec mnoho svých přání potlačuje, ale tyto tužby nejsou zcela odstraněny či potlačeny, objevují se ve snech a neurotickém chování. Pokud má tedy člověk o nějaký výrobek zájem, hlubší pohnutkou může být i jiný motiv, než ten, který sám uvádí. **Teorie Maslowa** vysvětluje určitý okamžik vedení lidí k určitým potřebám. Tato teorie tvrdí, že lidské potřeby jsou uspořádány hierarchicky od nejdůležitějších po ty důležité méně. Nejvíce naléhavé potřeby jsou uspokojovány jako první, pokud jsou tyto uspokojeny, motivace již není a člověk se snaží o uspokojení další, méně naléhavé potřeby. (viz. obr. 3.3) [10, 20]



Obrázek 3.3 Maslowova hierarchie potřeb, Zdroj [20, s. 111], samostatně vypracováno



**Vnímání** - vnímání je procesem, při kterém jsou podněty z okolí převáděny do smyslového vnímání. Počátkem je vždy uvědomění existence daného podnětu. Jedinec si při něm sám vybírá, co je pro něj podstatné a co nikoli, tento proces je tedy selektivní. Při výběru je člověk ovlivněn pozorností, která udává schopnost poskytovat přednost informací jedné před jinou. Pokud se tedy šíří na internetu zprávy o nakažení dítěte spalničkami, některé matky může tato zpráva přimět k očkování v řádném schématu, jiné však nikoli. [24]

**Učení** – lze ho definovat jako určité změny chování jedince, které je zapříčiněno zkušenostmi a prožitky. Člověk se učí novým věcem tím, jakým způsobem sám za sebe jedná. Větší míra vzorců chování je naučená. Rozlišuje se *kognitivní učení*, což znamená získávání informací s účelem řešení jistého problému a *učení sociální*, které založeno na sledování jiných osob a dějů kolem nás, ty si člověk ukládá pro využití pozdější. [10, 24]

**Přesvědčení a postoje** – přesvědčení je jakýmsi míněním o skutečnosti, která se udála, postoj je hodnocení jak pozitivní tak negativní, pocity a směřování k předmětu či myšlence. [10, 24]

### 3.5 Druhy nákupu

Významné z hlediska spotřebitelského chování je také rozdělení druhů nákupu. Ten může být extenzivní, impulzivní, limitovaný nebo zvyklostní.

#### 3.5.1 *Extenzivní nákup*

Jedná se nákup, při kterém kupující osoba není o nákupu rozhodnutá předem. Vyznačuje se věnováním pozornosti reklamy a jiných informačních zdrojů, vyhledáváním bližších informací o výrobku. Může se jednat o koupi placené nepovinné vakcíny pro dítě, kdy si rodič nejprve studuje pozitiva a negativa. [24]

#### 3.5.2 *Impulzivní*

Při tomto druhu nákupu nehrají tolik roli argumenty, jednání spotřebitelů (zákazníků) je reaktivní. Jedná se o produkty, které spotřebitel vnímá jako podobné, a tudíž není kladen takový důraz na informace o produktu. [24]

### 3.5.3 Limitovaný nákup

Při tomto nákupu spotřebitel kupuje produkt, který sám nezná, ale vychází z obecných nákupních zkušeností. Například při výběru doplňků stravy pro zlepšení imunity dítěte před očkováním spotřebitel vybírá ty, které jsou na přírodní bázi, nebo se řídí heslem, čím dražší, tím lepší. [24]

### 3.5.4 Zvyklostní nákup

Spotřebitel nakupuje to, co je obvyklé. Nedochází k typickému rozhodování, spíše se jedná o návykové chování, ale zákazník má pocit, že má pro nákup důvod. [24]

## 3.6 Nákupní rozhodovací proces

Nákupní rozhodovací proces spotřebitele názorně poukazuje na to, jak se jedinec rozhoduje při svých nákupech. Rozhodování lze rozdělit do pěti částí (viz. obr. 3.4), kdy spotřebitel může některé vynechat v závislosti na druhu nakupovaného výrobku či služby a dalších faktorech. Mezi těchto pět etap patří: rozpoznání problému, hledání informací, vyhodnocení alternativ, rozhodnutí o koupi, ponákupní hodnocení. [20, 25]



Obrázek 3.4 Nákupní rozhodovací proces, Zdroj [10, s. 333], samostatně vypracováno

### 3.6.1 Rozpoznání problému

K této počáteční fázi celého procesu dochází v případě, kdy je spotřebitel postaven před nějaký problém. Spotřebitel si může uvědomovat skutečnost problému ze dvou hledisek a to aktuálně v okamžiku, kdy mu jeho produkt přestane fungovat, nebo může jít o typ spotřebitele toužícího po něčem novém, zvýšila se u něj úroveň uspokojení, které požaduje. Obě tato hlediska se mohou navzájem doplňovat, roli hrají také změny marketingových podnětů jako například cena, dispozice ze strany spotřebitele jako změny příjmů a životního cyklu rodiny. [20, 25]

### 3.6.2 Hledání informací

Pro úspěšné vyřešení problému následuje ze strany spotřebitele hledání informací. Může uvažovat o svých znalostech a zkušenostech, jinak řečeno dochází k *vnitřnímu* hledání z informací ze spotřebitelovy paměti. Nebo lze zapojit hledání *vnější* z jiných zdrojů, nejprve může být pouze zvýšená pozornost při vnímání problému a hledání informací a po té může přejít do podoby hledání záměrného. Mezi samotné zdroje vyhledávání informací patří referenční okolí (vliv referenčních skupin viz. kap. 3.4.2), neutrální zdroje jako zprávy, testy jakosti, periodika, dále také zdroje marketingových aktivit (komunikační mix). Samotné hledání informací při rozhodování ovlivňují faktory jako možné vnímané riziko, zkušenosti minulého nákupu, situace na trhu, charakter vlastností výrobků a další. [25]

### 3.6.3 Vyhodnocení alternativ

Jedná se o způsob zpracovávání informací spotřebitelem a jeho volbou značky. Na základě získaných informací spotřebitel zvažuje, která z variant tržní nabídky je pro něj nejvhodnější. Většinou nezvažuje všechny na trhu se vyskytující relevantní produkty, respektive značky, ale jen takzvaný výběrový okruh. U výběrového okruhu dále sleduje a hodnotí různé vlastnosti jako vzhled, funkčnost, cenu, servis, záruky a další charakteristiky výrobků, ty tvoří poté parametry pro rozhodování. Každá vlastnost je pro spotřebitele jinak významná. Jeho rozhodování probíhá ve dvou rovinách a to *kompenzačně*, kdy mohou pozitivní vlastnosti převýšit negativní hodnocení nabídky a *nekompenzační* rozhodování, kdy jsou stanoveny úrovně vlastností, které musí být splněny. V některých případech se jedná o *heuristické rozhodování*, založené na zjednodušujícím postupu úvah (to, co kupuje většina je nejlepší). [10, 25]

### 3.6.4 Rozhodnutí o koupi

Tato fáze nákupního rozhodování je etapou, ve které spotřebitel produkt skutečně zakoupí. Spotřebitelské nákupy jsou rozděleny do tří druhů: *nákup na zkoušku*, jedná se o první nákup daného výrobku či služby, *opakovaný nákup* a *nákup s dlouhodobým závazkem*, typický pro zboží dlouhodobé spotřeby, kdy většinou není možnost si zboží nejprve vyzkoušet, spotřebitel přechází od hodnocení k nákupu. Konečné nákupní rozhodnutí je ovlivněno neočekávanými situačními faktory, které mohou finální rozhodování změnit, nákupní záměr a osobní preference spotřebitele nemusí nutně znamenat uskutečnění nákupní volby. Samotné zrušení, změna či odklad nákupu je závislé

na vnímaném riziku, jehož míra se liší dle částky, která musí být na nákup vložena, a nejistotou zákazníka. Důležitou roli hraje nákupní prostředí jako další pacienti v ordinaci u lékaře, atmosféra, časové okolnosti. Marketingoví pracovníci mají za úkol porozumět pohnutkám, které v zákazníkovi vyvolávají právě onen pocit rizika. [10, 25]

### ***3.6.5 Ponákupní hodnocení***

Spotřebitel, který kupuje produkty na zkoušku, poté srovnává a hodnotí funkčnost výrobku v rámci svých očekávání, základní jsou tedy vazby mezi očekáváním a naplněním. Tato očekávání mohou mít tři různé alternativy. Spotřebitel má pocit, že funkčnost vyhovuje a jeho pocity se stávají neutrálními, v jiném případě mohou být funkční vlastnosti nad jeho očekávání, což vede k pozitivní reakci a ke spokojenosti spotřebitele. Pokud však funkčnost nesplňuje jeho očekávání, následuje nespokojenost. Ponákupní chování poukazuje na to, jak byl určitý postup z hlediska marketingu účinný či nikoliv. Faktory, kterými lze ovlivnit spotřebitelovu spokojenost mohou být: servis, ponákupní služby, možnost vyzkoušení výrobku zákazníkem, vhodnost marketingové komunikace a další. V případě povinného očkování může jít o vysvětlení, konzultace či péči o dítě v případě problémů. [20, 25]

## 4 Metodika shromažďování dat

Tato kapitola se věnuje dvěma součástem marketingového výzkumu. Nejdříve je orientována na část přípravnou a poté na část realizační. Výzkum byl uskutečněn za účelem získání potřebných informací a následného zpracování pro účely této práce.

### 4.1 Přípravná fáze

V prvotní přípravné fázi výzkumu byl zpracován výzkumný problém, samotný cíl výzkumu a plán pro průběh procesu výzkumu. V rámci zhodnocení kontroly tvorby dotazníku byl uskutečněn také předvýzkum. Tato fáze je důležitá především pro následující správnou aplikaci realizační fáze. [13]

#### 4.1.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem modelu chování rozhodovací jednotky na trhu s povinným očkováním se stala především nevědomost postojů, názorů a vztahu k povinnému očkování matek v České republice s dětmi do osmi let věku. Vzhledem ke skutečnosti, kdy je očkování v rámci České republiky proti devíti nemocem povinné, existují názory nejen pro souhlas maminek s očkováním svých dětí, ale je také spousta negativních ohlasů. Bez souhlasu rodiče nelze dítěti vakcínu aplikovat, konečné rozhodnutí, je tedy na rodičích a tudíž je zapotřebí tuto svobodnou volbu neopomíjet. Obavy rodičů z očkování, důvěra v lékaře, osobní zkušenosti s vakcínami a celkový zájem o tuto problematiku tak vede ve společnosti k diskuzím a rozepřím.

#### 4.1.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo především získání co nejrelevantnějších informací o tom, jak matky dětí k povinnému očkování přistupují, jak skutečně nechávají děti očkovat, čeho se obávají a jaké jsou jejich zkušenosti. Cílem bylo také zjištění, jak se rozhodují při povinném očkování dítěte, spolu s názory, vztahy a zkušenostmi s lékaři, nežádoucími účinky a jejich zájem o dostupné informace.

Záměrem bylo získat informace co nejblíže u zdroje rozhodování, tedy od matek dětí s omezením věku osmi let, což byla věková hranice zvolená za účelem aktuálnosti, a co nejpresnějších dat s ohledem na očkovací kalendář (kdy jsou tyto děti očkovány hexavalentními vakcínami) a rámce zachování těchto zdrojů informací v paměti matek.

#### **4.1.3 Účel výzkumu**

Výzkum byl prováděn se záměrem analýzy modelu chování matek při povinném očkování jejich dětí a uvědomění si situace na trhu s povinným očkováním. Účelem bylo zhodnocení a sumarizace postojů, názorů a chování spotřebitelů (matek) na trhu s povinnými vakcínami.

#### **4.1.4 Obsah výzkumu**

Základem bylo definování principů spotřebitelského chování rozhodovací jednotky (matky) na trhu s povinným očkováním. Obsahem se staly obavy a názory rozhodovací jednotky (matky) v souvislosti s povinným očkováním, zároveň také vlastní zkušenosti, skutečné spotřebitelské chování spolu s aplikací očkovacích schémat a názory na některé praktiky při očkování s důrazem na jejich pediatrii.

#### **4.1.5 Plán výzkumného projektu**

**Zdrojem dat** pro tento výzkum byla data primární, která byla získána vlastním sběrem pomocí on-line nástrojů. Jednalo se o kvantitativní výzkumnou metodu se zaměřením na aktuálnost dat v rámci povinného očkování dětí. Sběr dat byl zaměřen pouze na matky dětí, aby nedocházelo k případům, kdy za jedno nejmladší dítě vyplňují dotazník oba rodiče.

**Nástrojem pro sběr dat** byl zvolen dotazník (viz. příloha č. 11), který se skládal celkem z 24 otázek, jejichž podstatou bylo získání základních informací matek s dětmi do věku osmi let ohledně povinného očkování jejich dětí. Vzhledem k on-line dotazování, dotazník obsahoval otázky pouze uzavřené z důvodu časové minimalizace pro respondenta, snadnějšího vyplnění a pravděpodobně i zvýšení ochoty vyplnit dotazník do konce. Před samotným začátkem vyplňování byl respondent seznámen s obsahem výzkumu, anonymitou šetření a způsobem vyplnění dotazníku. Dotazník obsahoval celkem dvě filtrační otázky, jednu pro eliminaci vyplnění nežádoucí cílovou skupinou a druhou pro přeskočení otázek neočkujících matek, pro které by následující otázky neměly smysl při vyplnění. Otázek pro identifikaci respondentů bylo položeno celkem šest, zbylé se věnovaly obsahu tématu.

**Data pro výzkum** byla získávána metodou on-line dotazování prostřednictvím serveru Vyplňto.cz v období od 17. 02. 2016 do 02. 03. 2016. Důležitou úlohu při sběru dat zastávala sociální síť Facebook.com, kde byl dotazník sdílen za pomoci facebookových skupin týkajících se matek, dětí či zdraví. K získání dat byl dále také nápomocen server

Emimino.cz. Pro zajištění respondentů (matek) s dětmi do osmi let, byla v dotazníku určena právě první filtrační otázka, kdy v případě nevyhovění tomuto požadavku byl dotazník ukončen.

**Technika vybírání vzorku** respondentů byla nereprezentativní, elektronické dotazování bylo zaměřeno na matky s dětmi do věku osmi let pomocí sdílení na facebookových stránkách skupin, ale bližší specifika neobsahovalo.

**Základním souborem** se staly matky s dítětem mladším osmi let (včetně), ať již očkující nebo nikoliv, v rámci celé České republiky. Základním souborem byly pouze matky s možností přístupu k internetu.

**Výběrovým souborem** byl minimální počet respondentů (matek pouze s dětmi do osmi let věku). Jelikož se jednalo o výzkum v rámci České republiky, minimum bylo nastaveno na 1000 respondentů.

**Harmonogram činností** znázorňuje tabulka č. 4.1, v níž je uvedeno rozložení činností v období, ve kterém byly tyto aktivity pro úspěšnou realizaci výzkumu provedeny.

Tabulka 4.1 Harmonogram činností

Název činnosti	12/2015	1/2016	2/2016	3/2016	4/2016	5/2016
Definování problému	X					
Plán výzkumu		X				
Pilotáž			X			
Sběr údajů			X	X		
Zpracování údajů				X		
Analýza údajů				X		
Interpretace výsledků					X	X

#### 4.1.6 Předvýzkum

Se snahou o redukci nejasností dotazníku a upřesnění případného nepochopení otázek byl druhý den po spuštění od ranních hodin proveden předvýzkum. Odkaz dotazníku byl přeposílán kamarádům a rodinným příslušníkům (matkám s dětmi do osmi let věku) prostřednictvím sociální sítě Facebook.com s žádostí o vyplnění a následné vyjádření do soukromé zprávy. Po zpětné vazbě s celkem dvanácti respondenty byly provedeny úpravy dotazníku. Upozornění bylo ohledně nefungujícího filtrování u otázky č. 5, čímž

byla následně chyba odstraněna na serveru Vyplňto.cz změnou z povinných otázek na nepovinné. Tato 5. otázka byla taktéž na základě předvýzkumu přidána v rámci rozdělení té následující pro přehlednost pro respondenta. U otázky číslo 6, byla přidána možnost „jinak dle doporučení lékaře“ (lékař sám očkování upravil), jelikož tato možnost původně chyběla a respondent měl problém v tomto případě relevantně odpovídat. Po drobných úpravách a upozornění na uvedení českého mluveného výrazu pro nemoc hepatitida typu B (žloutenka typu B) v otázce číslo 16, byl dotazník vynulován a spuštěn znovu s následnou aktivitou hledání potencionálních respondentů.

## **4.2 Realizační fáze**

Druhá fáze výzkumu zahrnovala sběr dat včetně jejich zpracování a následně byla prezentována základní grafická zobrazení identifikačních otázek pro přiblížení vzorku získaných respondentů.

### **4.2.1 Sběr dat**

Sběr dat probíhal v období od 17. 02. 2016 do 02. 03. 2016. Dotazník byl preposílán pomocí odkazu a žádostí celkem 65 správcům facebookových skupin s tematikou matek a zdraví (ale i jiných) s žádostí o povolení sdílení na jejich skupinách. Celkem bylo v této žádosti vyhověno u 21 skupin, na nichž byl odkaz dotazníku zveřejněn. Správci skupin byli během šetření oslovováni i s ohledem na geografii v ČR (Maminky z Chomutova, Prostějova atd.) a pod dotazníkem měly matky dětí i možnost se vyjádřit. Sběr dat také probíhal na serveru Emimino.cz s diskuzí na téma očkování, kde byl tento dotazník po dobu jednoho dne (díky přesunutí dotazníku do jiné sekce správcem) zveřejněn jako nové diskusní téma.

Jak již bylo zmíněno před samotným vyplněním, každý respondent byl v úvodu seznámen s tím, k jakému účelu byl dotazník sestaven, samozřejmostí bylo i informování respondenta o anonymitě. Celkem bylo získáno 1310 úplných dotazníků, návratnost činila 79% z těch, kteří dotazník zobrazili, průměrná doba vyplnění byla 7 minut a 5 sekund. Dotazník vyplňovaly pouze matky s věkem dítěte do osmi let (včetně). Bližší data ohledně identifikačních údajů jsou znázorněna v tabulkách č. 4.2, 4.3 a dále v příloze č. 12, 13.



#### **4.2.2 Zpracování dat**

Po ukončení doby určené pro vyplnění dotazníku byla ze serveru Vypĺnto.cz stažena finální data v podobě souboru programu MS Excel 2010. Surová data byla následně upravena a konečné zpracování probíhalo rovněž v programu MS Excel 2010, kdy pomocí kontingenčních tabulek bylo provedeno třídění druhého stupně. V přílohách č. 12, 13 jsou uvedeny všechny kontingenční tabulky, které byly základem pro zpracování grafů pro vizuální zobrazení výsledků výzkumu.

#### **4.2.3 Analýza dat**

Výběrový soubor obsahoval celkem 1310 respondentů (matek s dětmi mladšími osmi let včetně). Celkem 51,8 % byly matky s jedním dítětem v rodině a pouze 2,8 % měly děti 4 a více. Data ohledně očkování dětí byla směřována na nejmladší vlastní dítě v rodině a nejpočetnější skupinou ve výběrovém souboru se staly děti narozené až do věku jednoho roku, které zaujímaly 29,2 %. Nejméně četné bylo vyplnění respondentů s dětmi ve věku tří let, bylo to 12,6 % z celkového souboru. Z pohledu věku respondentů bylo nejvíce matek v rozmezí od třiceti do třiceti devíti let, ty zaujímaly celkem 57,9 % ze všech vyplněných dotazníků. Matky dětí byly v rámci zájmu o vyplnění neaktivnější v Čechách, tento region ve výzkumu dosahoval 47,3 %. Zaměření z těchto částí republiky bylo dále směřováno na hlavní město České republiky Prahu se 14,3 % respondenty. Matky s dětmi do osmi let (včetně) na Moravě dosáhly četnosti 504 respondentů a tedy 38,5 % výběrového souboru. Nejvíce respondentek bylo se vzděláním vysokoškolským - 48,6 % a středoškolským s maturitou. Tyto úplné identifikační údaje jsou zobrazeny v tabulce č. (4.2). V rámci výzkumu bylo také stěžejní zjištění životní úrovně matek. K tomuto sloužila poměrně obsahově náročnější otázka dotazníku, kdy se matky měly přiřadit ke skupině, která nejlépe vystihuje jejich finanční situaci. Celkem 51,6 % respondentek (tedy největší počet), žije v domácnosti, kdy s penězi vychází a ani nákupy dlouhodobé spotřeby (lednička, pračka), těmto rodinám nečiní problémy, avšak auto již bez pomoci zaplatit schopni nejsou. Pouze 1,9 % maminek žije v rodinách, kterým nečiní v současné době problém ani koupě nemovitosti (domu) viz tab. 4.3

Tabulka 4.2 Identifikační údaje respondentů

<i>Identifikační údaje respondentů</i>								
<i>Počet dětí v rodině</i>			<i>Věk</i>			<i>Vzdělání</i>		
	<i>Počet</i>	<i>V %</i>		<i>Počet</i>	<i>V %</i>		<i>Počet</i>	<i>V %</i>
1	678	51,8%	18-30	468	35,7%	Základní	15	1,1%
2	474	36,2%	30-39	759	57,9%	Středoškolské s vyučením	70	5,3%
3	121	9,2%	40 +	83	6,3%	Středoškolské s maturitou	588	44,9%
4+	37	2,8%	Celkem	1310	100%	Vysokoškolské	637	48,6%
Celkem	1310	100%				Celkem	1310	100%
<i>Věk nejmladšího dítěte</i>			<i>Region</i>					
	<i>Počet</i>	<i>V %</i>		<i>Počet</i>	<i>V %</i>			
0-1	383	29,2%	Praha	187	14,3%			
1	265	20,2%	Morava	504	38,5%			
2	299	22,8%	Čechy	619	47,3%			
3	165	12,6%	Celkem	1310	100%			
4+	198	15,1%						
Celkem	1310	100%						

Tabulka 4.3 Identifikační údaje – životní úroveň

<i>Zhodnocení životní úrovně maminek</i>		
	<i>Počet</i>	<i>V %</i>
Žijeme obvykle od výplaty k výplatě, před výplatou téměř nemáme finanční prostředky na běžné potřeby jako jídlo	53	4%
Při běžných výdajích obvykle s penězi vycházíme, avšak nákup např. oblečení nám již dělá problémy, kdy musíme čerpat z úspor	131	10%
S penězi vycházíme dobře, jsme schopni úspor, při nákupu zboží dlouhodobé spotřeby (lednička, pračka) však musíme využívat půjčky	235	17,9%
S penězi vycházíme, nákup dlouhodobé spotřeby (lednička, pračka) nám nedělá problém, nákladnější položky jako auto však ze svých úspor nejsme schopni zaplatit bez pomoci	676	51,6%
V současné době nemáme problém s nákladnějšími útratami (auto, dražší dovolená)	190	14,5%
Ani koupě nemovitosti (domu), nám v současné době nečiní problémy	25	1,9%
Celkem	1310	100%

## 5 Analýza chování rozhodovací jednotky na trhu s povinným očkováním

V této části budou analyzována data a výstupy dotazníku, kdy pro vizuální přehlednost budou nejdůležitější výsledky prezentovány pomocí grafického znázornění. Aplikační část je rozdělena do několika podkapitol, které byly sestaveny dle obsahové souvislosti. Konkrétní tabulky, jak primárního, tak sekundárního třídění dat, jsou uvedeny v přílohách č. 12 a 13.

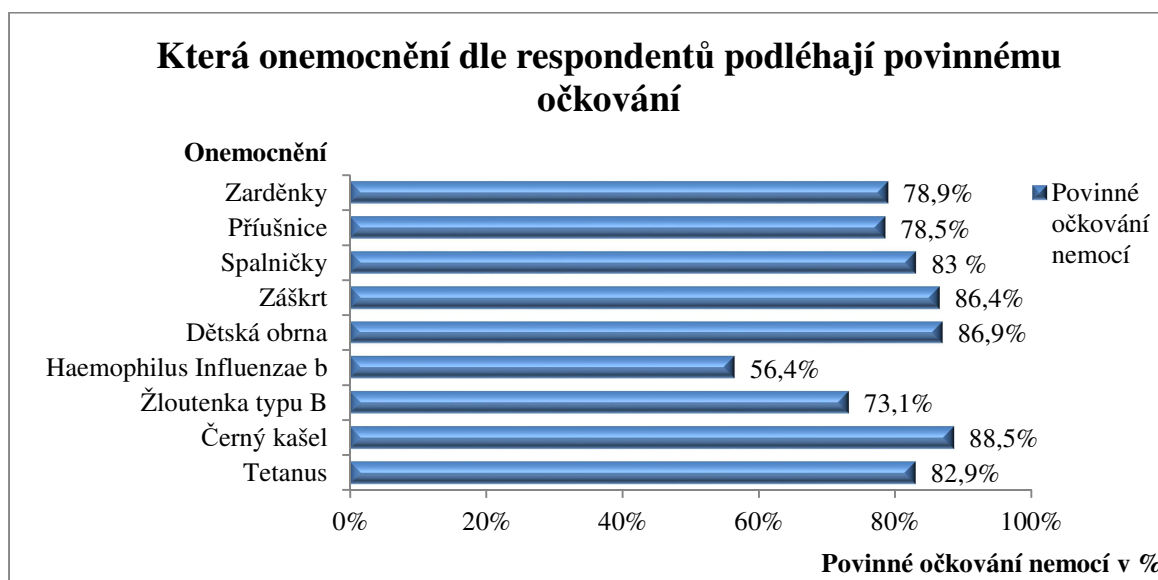
### 5.1 Postoje, důvěra v lékaře, informovanost a povinné očkování

V úvodu dotazníku byly matky dětí optány na otázku, která se vztahovala k jejich postoji při povinnosti očkování, zda s tímto závazkem ze strany státu souhlasí či nikoli. Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo striktnější formou **určitě ano** pouze 24,7 % respondentek a **spíše ano** 23,3 %. Matky dětí **vůbec nesouhlasí** s povinným očkováním ve 32,4 % a **spíše nesouhlasí** 16,6 %. Lze sledovat, že zcela negativní postoje jsou názorově razantnější, než v případě ryze pozitivního vztahu k povinnému očkování dětí. Může to být zapříčiněno právě vyšším zájmem veřejnosti o tuto tematiku, kdy si mnoho maminek uvědomuje i stinné stránky očkování, nebo pouze vyšším zájmem o vyplnění dotazníku matek ze strany odpůrců.

V rámci výzkumu byly sledovány i pocity důvěry k pediatrům dětí (v tématu povinného očkování). Dětskému lékaři maminky důvěřují **vždy** ve 20,8 % a **téměř vždy** ve 27,8 % z celkového počtu dotazovaných. K negativně překvapivým zjištěním patří výsledek šetření, který poukazuje na to, že matky pediatrům svých dětí **nedůvěřují** ve 30,1 %, což není zcela optimistické hodnocení.

Pro zjištění celkového zájmu matek dětí o povinné očkování byla v dotazníku položena otázka, kde měly respondentky uvést, která onemocnění podléhají dle české legislativy povinnému očkování. Pro upřesnění otázky bylo uvedeno v závorce - očkování nutná pro přijetí dítěte do mateřských škol, jelikož u rizikových skupin je povinnost naočkovat i nepovinná očkování (viz kap. 2.4.5). Pro větší vypovídací hodnotu byly v této otázce obsaženy i nemoci, které povinnému očkování běžně nepodléhají (chřipka, klíšťová encefalitida, tuberkulóza). Co se týká nemocí, za běžných okolností s očkováním povinně, respondenti z 88,5 % správně uvedli povinnost očkování proti **černému kašli**, 86,9 % správně uvedlo očkování **dětské obrny**, 86,4 % proti onemocnění **záškrt** a 83 % proti

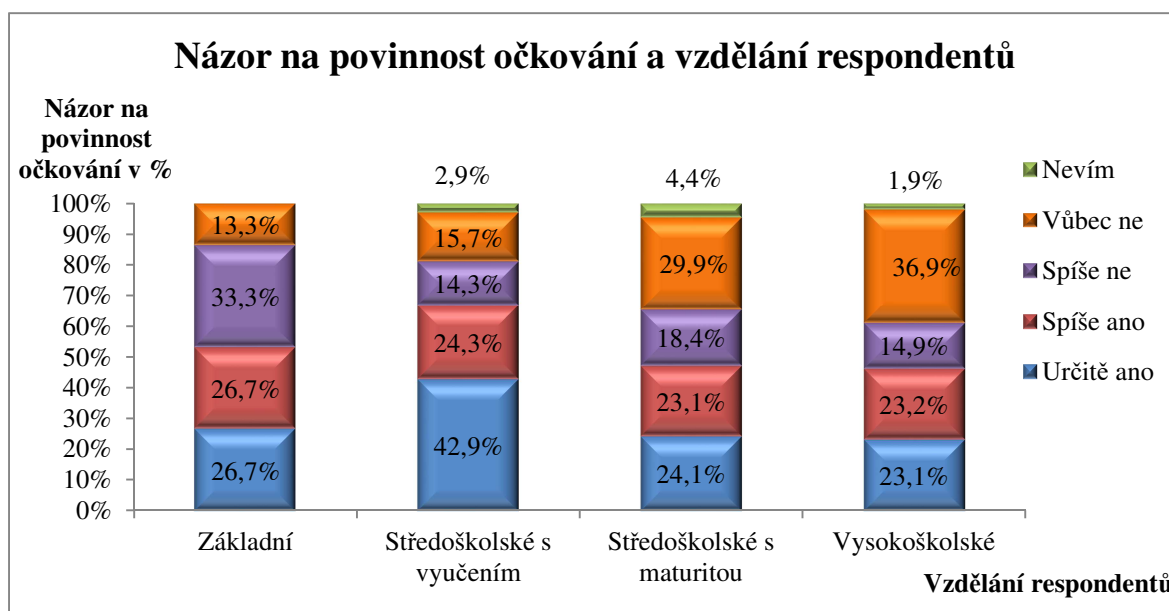
onemocnění *spalničkami*. Vyšší nevědomost o povinnosti očkování byla sledována u onemocnění *zarděnkami* 78,9 %, *příušnicemi* 78,5 % a nejméně respondentů má povědomí o tom, že je povinné proočkování onemocnění *haemophilus influenzae b*, kdy pouze 56,4 % z celkového počtu dotazovaných uvedlo tuto povinnost (viz obr. 5.1).



Obrázek 5.1 Která onemocnění dle respondentů podléhají povinnému očkování

#### 5.1.1 *Názor na povinné očkování a vzdělání respondentů*

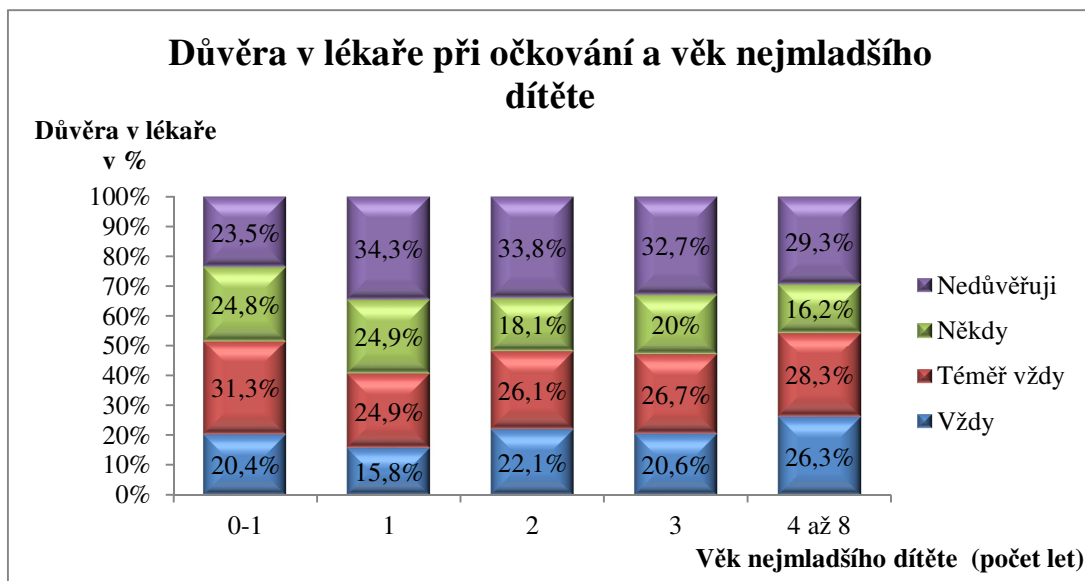
Přístupy k povinnosti očkování ve společnosti se různí. Data tohoto vzorku respondentů při rozdělení dle dosaženého vzdělání ukázaly, že matky, jejichž studium bylo završeno *středoškolským vzděláním s vyučením*, se ztotožňují s názorem povinného očkování nejvíce (viz obr. 5.2). Celkem 42,9 % respondentek této skupiny uvedlo, že očkování by mělo být povinné *určitě* a dalších 24,3 % si myslí, že by *spíše* povinné mělo být, *vůbec s očkováním* nesouhlasí pouze 15,7 %. Naopak matky s *vysokoškolským vzděláním* uvedly, že *vůbec nesouhlasí* s povinným očkováním - 36,9 % a pouze 23,1 % zastává názor, že by očkování mělo být povinné *určitě*. Obecně lze z výsledků vyčíst, že s vyšší úrovní vzdělání roste i počet těch, kteří s povinným očkováním nesouhlasí *vůbec*. Je však nutno brát v potaz i nevyváženost dat, kdy vysokoškolsky vzdělaných matek bylo v získaném souboru respondentů nejvíce. (viz příloha 12)



Obrázek 5.2 Názor na povinnost očkování a vzdělání respondentů

### 5.1.2 Důvěra v lékaře v souvislosti s očkováním a věk dítěte

Při postojích a konečném rozhodování matek o naočkování svého dítěte hraje jistou roli také důvěra v lékaře, který je v konečném důsledku ten, který určuje a doporučuje následný postup při vakcinaci a posuzuje zdravotní stav dítěte. V následujícím zobrazení (viz obr. 5.3) byl posuzován vztah důvěry v pediatra při povinném očkování a věk nejmladšího dítěte matky. Nejvíce pediatrům svých dětí důvěřují matky se staršími dětmi ve věku **čtyř až osmi** let, kdy 26,3 % uvedlo, že důvěřuje svému lékaři **vždy**. **Téměř vždy** udává celkem 28,3 %. Lékařům důvěřují nejvíce **téměř vždy** ve 31,3 % matky s dětmi právě **narozenými až do věku jednoho roku**. Právě matky těchto **nejmladších dětí** označily odpověď, že **nedůvěřují** pediatrům v souvislosti s očkováním z 23,5 %, což je nejmenší procento respondentek, které tuto možnost označilo. Naopak nejvíce **nedůvěřují** matky s dětmi ve věku **jednoho roku** 34,3 % a **dvou let** 33,8 %, což může být způsobeno například větší zkušeností u starších dětí mezi jedním - dvěma lety s vakcínami v souvislosti s počtem aplikovaných dávek a také aktualitou nedávných vpichů (dítě do jednoho roku může mít za sebou již 3 aplikace hexavakcíny, ale také žádnou, jelikož dotazník neuváděl, kolik má dítě měsíců). Pravděpodobnost větších zkušeností s očkováním je tedy vyšší u starších dětí jednoho roku.



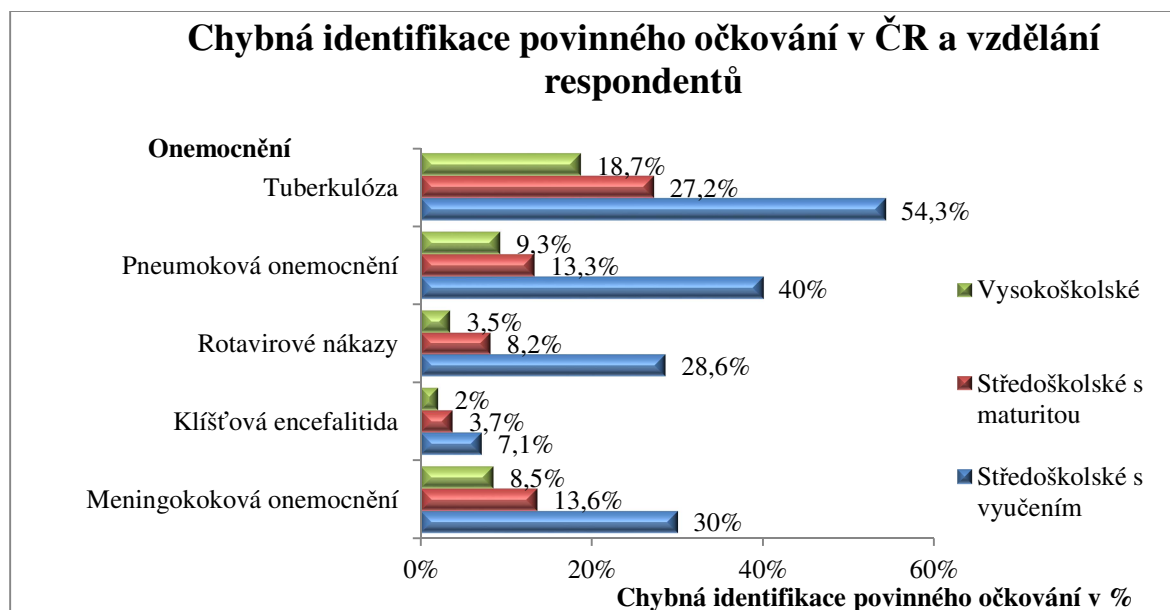
Obrázek 5.3 Důvěra v lékaře při očkování a věk nejmladšího dítěte

### 5.1.3 Chybná identifikace nemocí povinného očkování a vzdělání matek

Jak již bylo uvedeno výše, jednou z otázek dotazníku bylo uvedení nemocí, které jsou dle matek dětí do osmi let věku v rámci České republiky povinné očkovat. V možnostech odpovědí byla také uvedena onemocnění, která povinnému očkování při běžných okolnostech nepodléhají nebo již nepodléhají (tuberkulóza viz níže). V souvislosti s dosaženým vzděláním bylo v souboru získaných dat zjištěno, že s vyšším vzděláním klesá i chybná identifikace onemocnění podléhajících povinnému očkování (viz obr. 5.4). Respondenti nejvíce **chybovali při onemocnění tuberkulózy**, proti níž vakcína od konce roku 2010 mezi povinná očkování nutná pro přijetí do mateřských škol běžně nepatří. Celkem 18,7 % **vysokoškolsky vzdělaných** a 27,2 % **středoškolsky vzdělaných se zakončením maturitní zkouškou** však uvedlo, že je toto očkování povinné. U **středoškolsky vzdělaných s vyučením** byl tento procentuální podíl dokonce 54,3 %.

Dalšími mylnými domněnkami o povinném očkování se stala **pneumokoková onemocnění**, kdy u **středoškolsky vzdělaných s vyučením** uvedlo toto onemocnění 54,3 %, při **středoškolském vzdělání s maturitou** 13,3 % a u **vysokoškolsky vzdělaných** 9,3 % jako povinné, napříč tomu, že tato skutečnost není pravdou. Nejmenší procenta omylů vykazalo onemocnění **klíšťovou encefalitidou**, kdy **středoškolsky vzdělaní s maturitou** uvedli toto onemocnění jako povinné pouze z 3,7 % z celkového počtu dotazovaných a stejný názor uvedlo 2 % **vysokoškoláků**. U **středoškolsky vzdělaných s vyučením** jsou chybné názory na onemocnění podléhající očkování mnohem vyšší, než u ostatních skupin. Jak už však

bylo uvedeno (viz kap. 4.2.3), počty respondentů této identifikační skupiny byly nízké. I přesto je dosti pravděpodobné, že čím vyšší je vzdělání respondentů, tím méně matky chybně identifikují onemocnění, která k povinnému očkování běžně nepatří. Nelze však tvrdit, že je tomu tak vždy (viz příloha 13). Příčinou může být například postoj ke studiu samotnému, kdy mohou být návyky studijně orientovaných matek více nakloněny i studiu informací ohledně péče o dítě v souvislosti s jeho zdravím.



Obrázek 5.4 Chybná identifikace povinného očkování v ČR a vzdělání respondentů

## 5.2 Matky dětí a průběh očkování

K důležitým informacím ohledně povinného očkování patřilo uvědomění, kolik matek s dětmi do osmi let věku očkuje a kolik nikoli. Celkem 17,6 % respondentů v dotazníku uvedlo, že své *nejmladší dítě nenačkovalo vůbec žádnou vakcínou a ani to nemají v plánu*. Tito respondenti byli v dotazníku přesměrováni na otázku týkající se obav z povinného očkování, jelikož by jejich odpovědi v následujících otázkách neměly význam, což je nutno vnímat u následující interpretace (tedy až po kapitole 5.5). Zbýlých 82,4 % uvedlo, že své *nejmladší dítě očkovali nebo alespoň mají v plánu* očkování učinit minimálně jednou vakcínou. Vzhledem k vysokému počtu neočkujících matek je pravděpodobné, že dotazník zaujal více matky, které s očkováním nesouhlasí, než jaká je realita v ČR. (viz příloha č. 3).

V některých případech povinná očkování neprobíhají přesně dle povinného očkovacího schématu. Bez souhlasu rodičů nelze očkování dítěti aplikovat (viz kap. 2.4.3)

a někteří z nich volí pro své děti šetrnější schémata. Pro mnoho z nich je bližší dodržovat například větší odstupy mezi vakcínami, než jsou uvedeny očkovacím kalendáři, chtějí aplikovat jinou vakcínu nebo chtějí začít očkování v pozdějším věku dítěte či vyžadují pouze minimální dávky, nutné pro přijetí do mateřských škol. V jiných případech může ze zdravotních důvodů pozměnit očkovací schéma i sám lékař. Ze souboru respondentek výzkumu bylo zjištěno, že 33,7 % z nich, očkovalo **přesně dle očkovacího kalendáře**, což není ani polovina (zde lze také pozorovat možnost vyššího zájmu o samotné vyplnění respondenty s jinak nastaveným očkovacím schématem). Celkem 21,8 % začalo očkovat své děti v **pozdějším věku**, než určuje očkovací kalendář (viz příloha č. 2) a 18,4 % vyžadovalo, aby dítě mělo mezi aplikacemi vakcíny **delší rozestupy**. Minimální počet očkování (viz. kap. 2.3) pro přijetí do mateřských škol představuje schéma 2+1 pro šest onemocnění a jedna dávka do věku tří let dítěte vakcíny proti spalničkám příušnicím a zarděnkám. Ve výzkumném výběrovém souboru bylo celkem 14,7 % respondentek, které očkovaly ve **zkráceném schéma 2+1** (na místo 3+1) a 10 % aplikovalo **pouze jednu dávku** Priorix vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, místo dvou, které jsou uvedeny v očkovacím kalendáři.

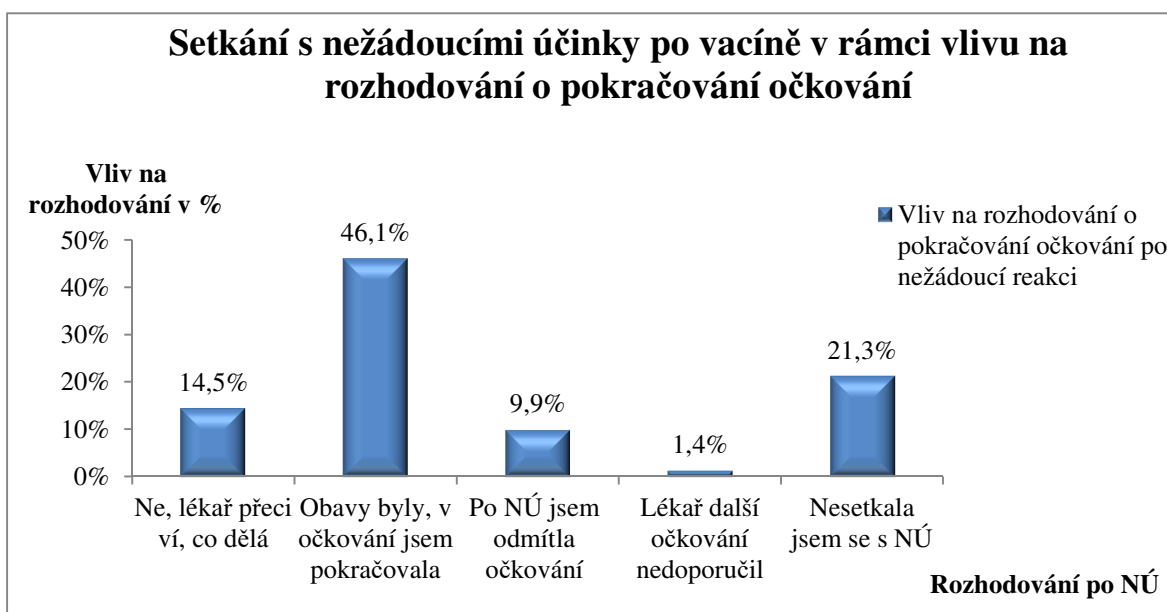
Bylo zjištěno, že se celkem 59,5 % dotazovaných setkala **vždy** s tím, že se lékař před aplikací očkování zeptal rodiče na zdravotní stav dítěte - zda není dítě po nemoci či jestli bylo v kontaktu s nemocnými. **Nikdy** se lékař nezeptal celkem 12,6 % matek. Matky dětí dále uvedly svůj názor, kdy 36,4 % uvádí **určitě ano** a 36,7 % **spíše ano**, že jejich lékař je ochoten spolehlivě diskutovat, informovat a vyjít v případě nestandardních požadavků při povinném očkování vstříc jejich žádostem.

K nejvíce diskutabilním tématům jak odpůrců, tak příznivců povinného očkování patří téma nežádoucích účinků po očkování. V tomto výzkumu byly vybrány, dle příbalové informace vakcín, některé nežádoucí účinky, kdy měl respondent zaškrtnout u každé z nich, zda se s uvedenou reakcí setkal či nikoli. Ze získaných respondentů se celkem 60,3 % u nejmladšího dítěte setkala **nejčastěji s teplotami do 38° C** (což je více než jeden ze dvou očkovaných), se **zarudnutím v místě vpichu** se setkala 50,9 % z nich a 33,6 % mělo zkušenost, kdy mělo dítě **tělesnou teplotu nad 38° C**. Vybraný vzorek respondentů tedy koresponduje s informacemi v příbalových letácích (viz. kap. 2.5) o výskytu nežádoucích účinků. Jejich míra výskytu je u získaných respondentů ale nadměrně vysoká (je však nutno vnímat, že nevíme, jaký je skutečný počet aplikací očkování u získaného souboru). Vysoký



výskyt nežádoucích účinků lze přisoudit většímu zájmu o téma a následnou aktivitu ve vyplnění dotazníku u těch, kteří se s nežádoucími účinky setkali, nebo také již zmiňované podhlášenosti vedlejších účinků na SUKL (viz kap. 2.6) a mnoho dalšímu. Nejméně, a tedy 0,7 % respondentů, se setkala s **životem ohrožující alergickou reakcí a zástavou dechu** po očkování. **Neurologickými poruchami** trpělo 9 % dětí z celkově dotazovaných, což je velmi vysoké číslo na počet dotazovaných.

V případech, kdy se matky dětí s nějakou nežádoucí reakcí u svého nejmladšího dítěte setkaly, 14,5 % uvedlo, že to na ně **nemělo vliv**. **Zastávají názor, že lékař ví, co dělá**. 46,1 % z nich **mělo z dalšího očkování obavy, ale v dalším očkování přesto pokračovaly** a 9,9 %, **navzdory lékaři očkovat zcela odmítlo** (viz. obr. 5.5). Pouze u 1,4 % došlo k tomu, že lékař sám další očkování matce dítěte **nedoporučil**. S **žádným nežádoucím účinkem** po vakcinaci povinného očkování se nesetkalo pouze 21 % z celkové dotazovaných, což představuje velmi nízký procentuální podíl.

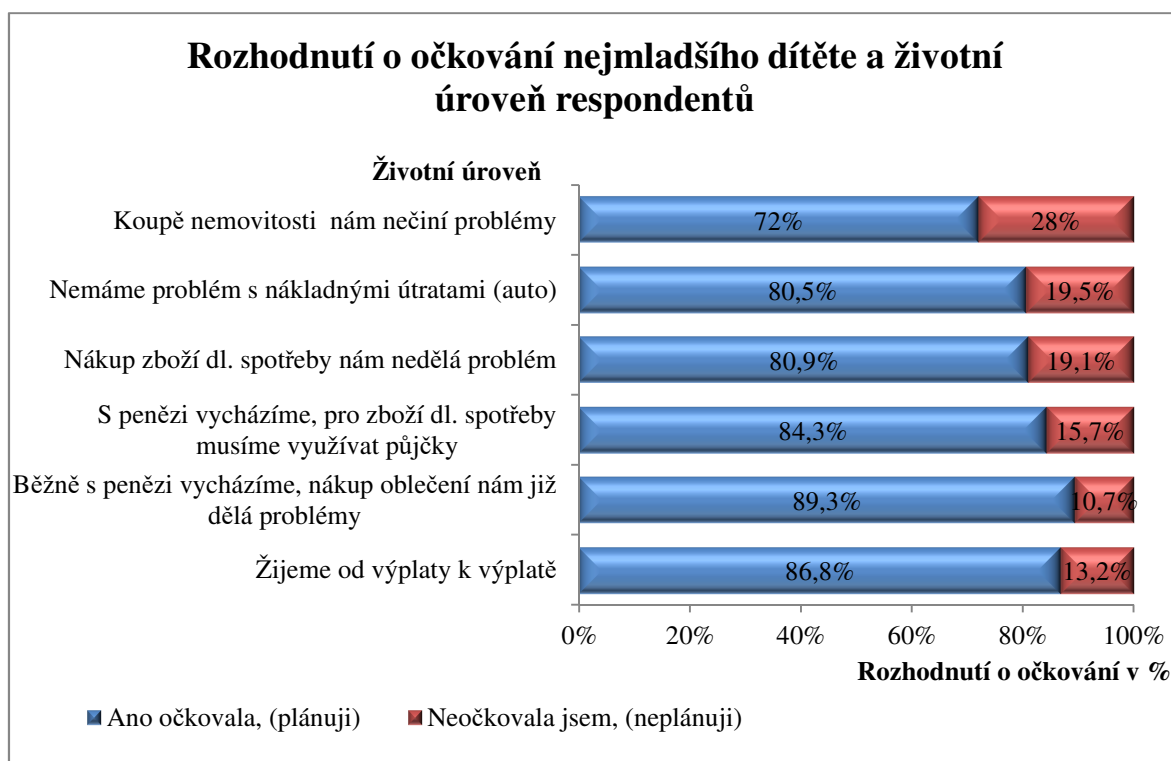


Obrázek 5.5 Setkání s nežádoucími účinky po vakcíně v rámci vlivu na rozhodování o pokračování očkování

### 5.2.1 Rozhodnutí o očkování a životní úroveň respondentů

Jak bylo již zmiňováno výše, dle české legislativy (viz kap. 2.4.2) může být nenaočkování dítěte také sankcionováno pokutou až deseti tisíci korunami. Dalším faktem je i nepřijetí dítěte do mateřských škol. Z těchto důvodů bylo žádoucí analyzovat respondenty a jejich rozhodnutí o povinném očkování v rámci jejich finanční situace, kdy bylo zaměření na souvislost mezi životní úrovní a proočkováním dítěte.

Matky dětí, které vyplnily dotazník v souvislosti s životní úrovní, z větší části své děti očkují nebo to teprve plánují (viz obr. 5.6). **Neočkující** rodiče, kteří **s penězi vycházejí při běžných výdajích, ale nákup oblečení jim již činí problémy**, neočkují pouze v 10,7 %. Ti, kteří **s penězi vycházejí dobře, ale pro nákupy zboží dlouhodobé spotřeby** jako lednička pračka již využívají půjček, zcela **neočkují** v 15,7 % a matky, které jsou na tom v rodinách finančně o něco lépe a **nečiní jim problémy ani koupě zboží dlouhodobé spotřeby, neočkují** už v 19,1 %. Respondenti, kteří jsou na tom z výběrového souboru z hlediska úspor a peněz nejlépe a **nemají problémy ani s nákladnými útratami jako auto, neočkují** své děti z 19,5 % a ti, jenž si mohou **bez problému pořídit i nemovitost**, například dům, se stavějí k očkování negativně nejvíce. U celých 28 % z nich očkování neproběhlo, či jej ani neplánují. Dle grafického znázornění lze sledovat, že obvykle finančně lépe zajištění rodiče očkují své děti méně a více povinné očkování odmítají. Důvodem mohou být i finanční sankce, či finanční náročnost při nepřijetí dítěte do mateřské školy. Nutno však brát v potaz výraznější nevyváženost počtu respondentů v jednotlivých skupinách životní úrovně, což také může výsledky výzkumu ovlivnit.

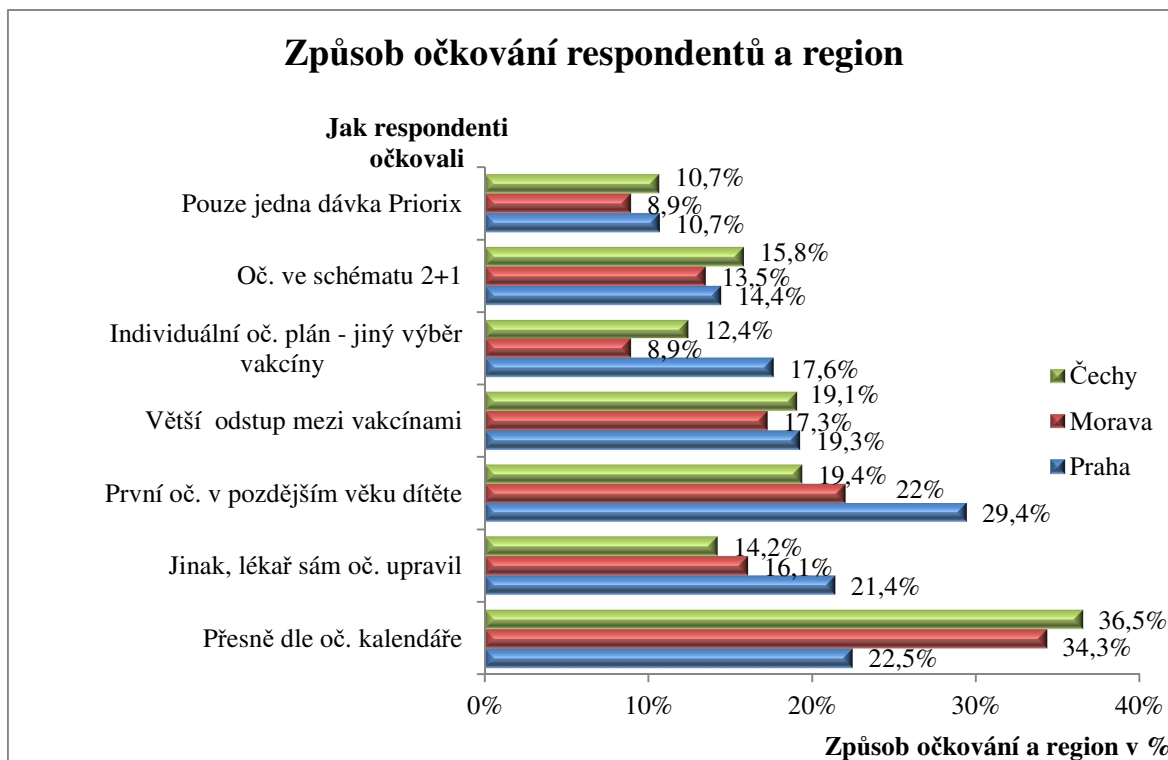


Obrázek 5.6 Rozhodnutí o očkování nejmladšího dítěte a životní úroveň respondentů

### 5.2.2 Způsob očkování respondentů a jejich region

Dle grafického znázornění (viz obr. 5.7) lze sledovat způsob povinného očkování v závislosti na regionu, ze kterého respondent pochází. Největší množství dětí z počtu vyplněných dotazníků je **přesně dle očkovacího kalendáře** proočkováno v **Čechách** (36,5 %) o něco méně na **Moravě** (34,3 %) a nejméně v **Praze** (22,5 %). Samotní **lékaři očkování nejvíce upravovali** v **Praze**, kde 21,4 % respondentů uvedlo možnost, kdy očkovali jinak, než uvádí očkovací kalendář, ale s tím, že lékař sám zvolil jiný postup ať už ze zdravotního či jiného důvodu. Hlavní město **Praha** také vykazuje největší počet rodičů, a to celkem 29,4 %, kteří zahajovali očkování svých dětí **později než ve dvou měsících věku**, jak uvádí očkovací kalendář. Zároveň zde matky dětí nejvíce **očkují individuálním očkovacím plánem**, kdy si rodiče vybírají například jinou vakcínu a podobně. Tento plán uvedlo 17,6 % respondentek. Naopak na **Moravě** si rodiče vybírají **individuální očkovací plán** (změna vakcíny) nejméně, tuto možnost způsobu očkování uvedlo pouze 8,9 %. Zkrácené očkovací **schéma 2+1** vyžadovali nejvíce respondenti v **Čechách**, kdy 15,8 % se rozhodlo o aplikaci, která je o jednu dávku nižší. V **Čechách i v Praze** celkem 10,7 % respondentů uvedlo, že svému dítěti **nenechají/(li) aplikovat druhou dávku vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám**, méně respondentů tuto dávku vynechává na **Moravě**,

kdy 8,9 % respondentů očkuje bez ní. Lze říci, že matky z Prahy (které očkují), více využívají možných způsobů úprav očkování pro své děti, je však nutno respektovat poměr počtu respondentů z uvedených regionů. Důvodem ale také může být větší konkurence mezi pediatry v rámci jednoho města a snaha o udržení pacienta ve své ordinaci a možný odlišný přístup při změnách očkovacího schématu než v jiných regionech.



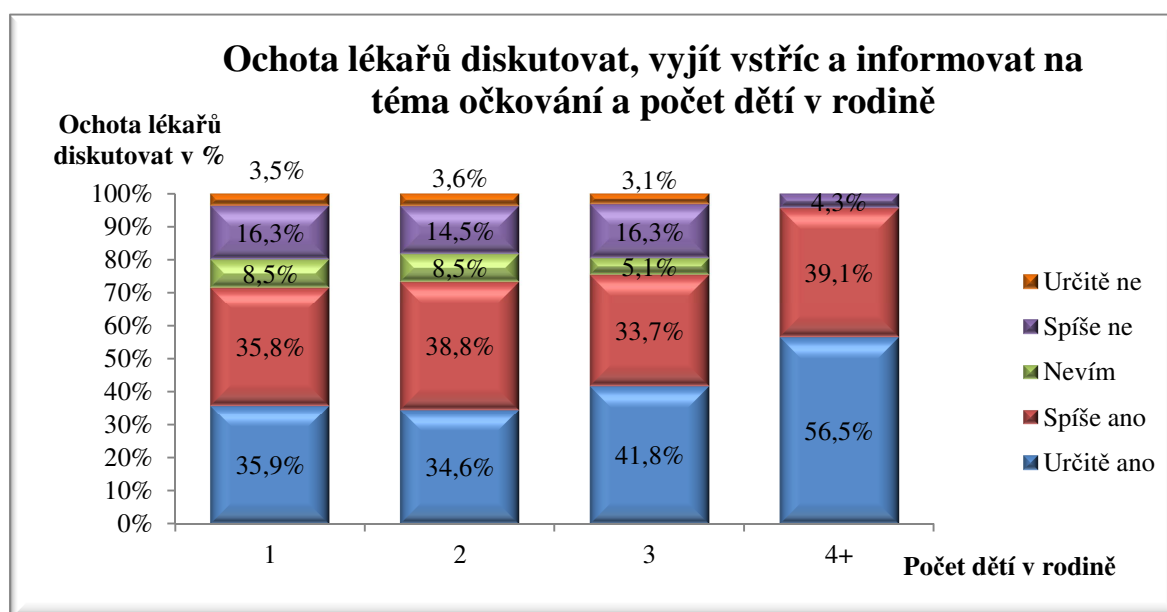
Obrázek 5.7 Způsob očkování respondentů a region

### 5.2.3 Ochota lékařů diskutovat a počet dětí v rodině

Stěžejní otázkou k tématu povinného očkování byl názor matek s dětmi do osmi let věku na jejich zkušenost s lékařem. Respondenti byli optáni, zda je jejich lékař ochoten diskutovat, spolehlivě informovat k tématu očkování a jestli je v případě nestandardních požadavků schopen matkám vyjít vstříc. Tato otázka byla dále zkoumána v souvislosti s počtem dětí v rodině, kdy se předpokládal jistý rozdíl zkušeností a větší nebo naopak menší bližší osobní vztah s lékařem v případě jednoho dítěte či vyššího počtu dětí.

Pozitivní názor na diskuzi, informovanost a vstřícnost lékařů mají více matky s počtem dětí tři a více (viz obr. 5.8). Matky, které mají **tři děti**, uvedly v odpovědích možnost **určitě ano** ve 41,8 % a matky se **čtyřmi a více dětmi** v 56,5 %. Matky dvou a jednoho dítěte tuto možnost označily při výzkumu o něco méněkrát, a to 34,6 %

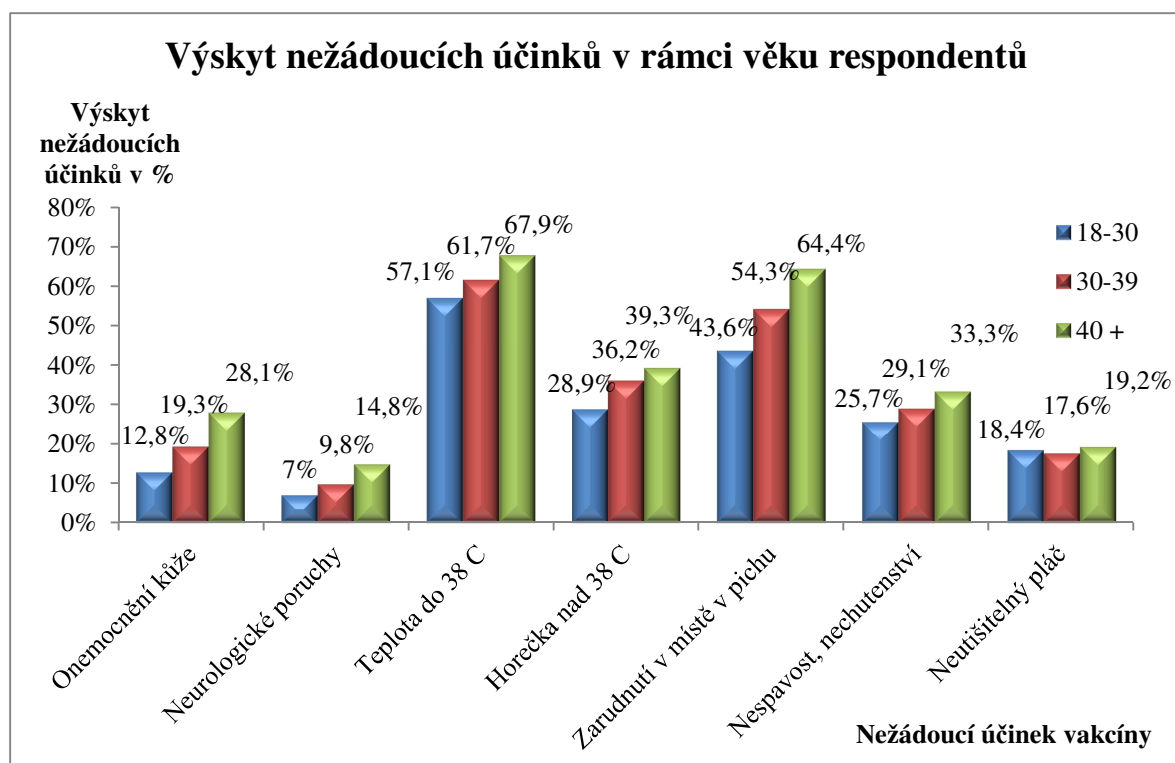
respondentek se *dvěma dětmi* a 35,9 % s *dítětem jedním*. *Spíše ano* zvolilo také nejvíce matek se *čtyřmi a více dětmi*, kdy tuto odpověď zvolilo 39,1 % respondentek. Striktní *určitě ne*, kdy si respondentky myslí, že jejich lékař spolehlivě neinformuje, nelze s ním diskutovat a v otázce očkování nevychází vstříc požadavkům, odpovědělo malé procento respondentů, 3,5 % s *jedním dítětem*, 3,6 % se *dvěma dětmi*, 3,1 % se *děti třemi* a matky *čtyř a více dětí* tuto možnost neoznačily ani jednou. S vědomím nevyváženosti jednotlivých respondentů a počtu jejich dětí lze sledovat, že s rostoucím počtem dětí v rodině také narůstá názor matek, že jsou lékaři jejich dětí ochotnější diskutovat na téma očkování, více vycházet vstříc a informují k tématu očkování. Součet odpovědí určitě ano a spíše ano (tedy těch pozitivních) zvolilo v odpovědi více matek než těch s menším počtem dětí. Tato souvislost může být způsobena větší ochotou lékařů (za předpokladu, že všechny děti jsou obvykle u stejného pediatra), díky pravděpodobnosti bližšího vztahu a vyšší zodpovědnosti vůči jedné rodičce s více dětmi.



Obrázek 5.8 Ochota lékařů diskutovat, vyjít vstříc a informovat na téma očkování a počet dětí v rodině

#### 5.2.4 Výskyt nežádoucích účinků v rámci věku respondentů

Nežádoucí účinky vakcín jsou hlavním důvodem sporů při názorech o prospěšnosti očkování. V následujícím grafickém zobrazení (viz. obr. 5.9) byly vybrány některé nežádoucí účinky v souvislosti s věkem matek nejmladšího dítěte. Lze sledovat, že téměř u každého výskytu nežádoucích účinků u dítěte hraje dle vybraného vzorku respondentů roli věk matky, kdy *starší matky uvádějí výskyt reakcí po očkování častěji*. Matky ve věku od **18 do 30 let** se u svého nejmladšího dítěte setkaly s *horečkami nad 38°C* ve 28,9 %, starší matky ve *věku od 30 do 39 let* věku již měly při svých dětech výskyt ve 36,2 %, matek, které mají **40 a více let** bylo sice v rámci výzkumu nejméně, ale setkaly se s nežádoucí reakcí horečky až ve 39,3 %. Se *zarudnutím v místě vpichu* po naočkování se setkala celkem 43,6 % matek ve věku **18 až 30 let**, u matek ve věku **30 až 39 let** byl tento nežádoucí účinek sledován u nejmladšího dítěte v 54,3 % naočkovaných a u matek **40 a více let** dokonce v 64 %. Mezi nejvýznamnější nežádoucí účinky zcela jistě patří *neurologické poruchy*, které se u respondentů výzkumu ve věku **18 až 30 let** vyskytly v 7 %, u matek ve věku od **30 do 39 let** už byl tento problém v 9,8 % z dotazovaných a matky **40 a více let** se s tímto onemocněním po očkování setkaly ve 14,8 %, což je více než dvojnásobek než u matek nejmladších. Je určitě nutno brát na vědomí, že dotazník byl určen matkám do věku osmi let věku dítěte, což může jistě výsledky ovlivnit (před osmi a méně lety byly matky mladší), stejně jako počet respondentů ve věkových kategoriích, je však pravděpodobné, že souvislost věku matky a následných nežádoucích reakcí po očkování nejsou bezpředmětné. Je pravděpodobné, že věk matky ovlivňuje mimo jiné i následná možná rizika reakcí na nežádoucí účinky vakcín, kdy dítě může být citlivější na vypořádání se s očkováním v souvislosti se stářím organismu matky, ve kterém probíhal jeho samotný vývoj. Zde může být další možnou příčinou i vnímání nežádoucích účinků staršími matkami, kdy mohou nežádoucí účinky sledovat více vlivem různých faktorů v souvislosti věku a životních zkušeností v rámci odpovědnosti péče o dítě.



Obrázek 5.9 Výskyt nežádoucích účinků v rámci věku respondentů

### 5.3 Očkovací respondenti a příbalová informace

Každá vakcína, která má být dle legislativy povinně naočkována, obsahuje ve svém balení také příbalový leták, kde je upřesněno nejen složení a informace proti jakým nemocem je vakcína určena, její doporučená aplikace, ale také seznam možných nežádoucích účinků a další. Příbalové letáky vakcín Infanrix hexa a Priorix jsou uvedeny v příloze č 14.

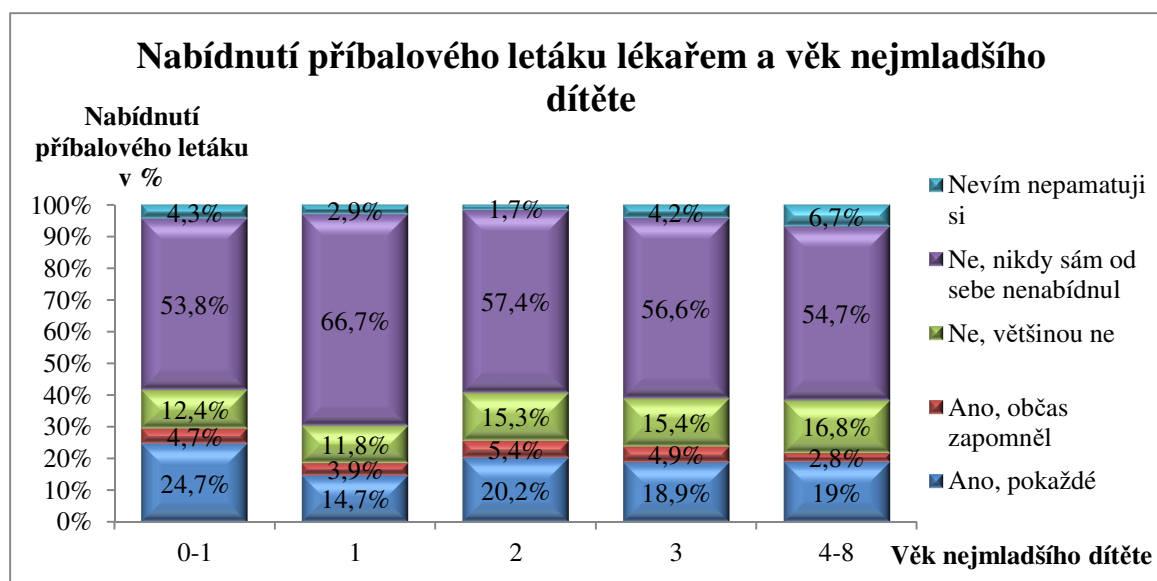
Respondenti byli dotázáni na to, zda jim lékař příbalový leták k vakcíně sám nabídnul či nikoli. Matky dětí v dotazníku uvedly, že 20,1 %, lékař tento příbalový leták před naočkováním nabídnul *pokaždé*, 4,4 % příbalovou informaci *nabídnul, ale sem tam na ni zapomněl*. Odpověď *ne, většinou nenabídnul*, označilo celkem 14,1 % respondentek a 57,6 % uvádí, že lékař jim tuto příbalovou informaci *nenabídnul k přečtení nikdy sám od sebe*. Tento výsledek výzkumu vykazuje velmi laxní přístup samotných lékařů k důležitosti informovanosti rodičů. Je možné, že lékaři nabídnutí příbalové informace nevnímají pro rodiče jako podstatnou část při aplikaci očkování dětí, jelikož je státem povinné, tudíž míra rozhodnutí rodičů o naočkování na základě této informace je minimální. Zbývající část respondentů (3,8 %) si již nepamatuje nebo neví.

Dále byli respondenti dotázáni, zda se vůbec o informace v příbalovém letáku zajímají, ať už u lékaře, tak v pohodlí domova, kdy je možné příbalové letáky nalézt například na internetových stránkách výrobců. Nejvíce respondentů, 45,5 % z celkového počtu dotázaných, uvedlo, že se o informace v příbalovém letáku **zajímají vždy**. Celkem 30,3 % odpovědělo, že se **zajímají často, méně často** jeví o tyto informace zájem v 16, 2 % a **vůbec se o ně nezajímá** 8 % matek dětí. Ze získaných dat lze uvést, že celkový zájem o příbalovou informaci ze strany matek dětí je vysoký, ale samotní lékaři toto hledisko při proočkování svých dětských pacientů příliš neberou v úvahu.

### 5.3.1 Nabídnutí příbalového letáku lékařem a věk dítěte

Dále bylo z hlediska příbalové informace zkoumáno, zda lékaři nabízejí příbalovou informaci s ohledem na věk nejmladšího dítěte například z časového hlediska, zda se v průběhu let aktivita lékařů při ochotě nabízet příbalovou informaci mění. Z výsledků výzkumu lze pozorovat (viz obr. 5.10), že **pokaždé** lékař nabídnul příbalovou informaci ve 24,7 % u matek s dětmi ve věku **nula až jeden rok**, u starších dětí jsou tyto procentuální hodnoty menší. Například u dětí v rodině ve věku **jednoho roku** matky uvedly, že lékař nabídnul příbalový leták **pokaždé** pouze u 14,7 % případů, u dvouletých **pokaždé** nabídnul ve 20,2 %, u **tříletých** dětí v 18,9 % a u **čtyř až osmiletých** v 19 %. Vyšší počty nabídnutých příbalových informací ve věku od narození do jednoho roku mohou být zapříčiněny například způsobem získání důvěry vztahu s novým pacientem v ordinaci nebo také vyšší medializací ohledně očkování v poslední době, ale také to může být ovlivněno pouze počtem respondentů, kdy tato skupina vykazovala nejvíce odpovídajících respondentů. Matkám dětí ve věku **do jednoho roku** lékaři příbalový leták **nenabídli sami od sebe** nejméněkrát (53,8 %), nejvíce **nenabídnutých** letáků uvedly matky s dětmi ve věku **jednoho roku** (66,7 %). Z grafického znázornění lze i mimo jiné vyvodit, že nejmladším dětem, a tedy dětem narozeným v nejbližší době (do 1 roku), pediatři jejich matkám nenabízejí příbalový leták méně, než je tomu u dětí narozených před více lety.

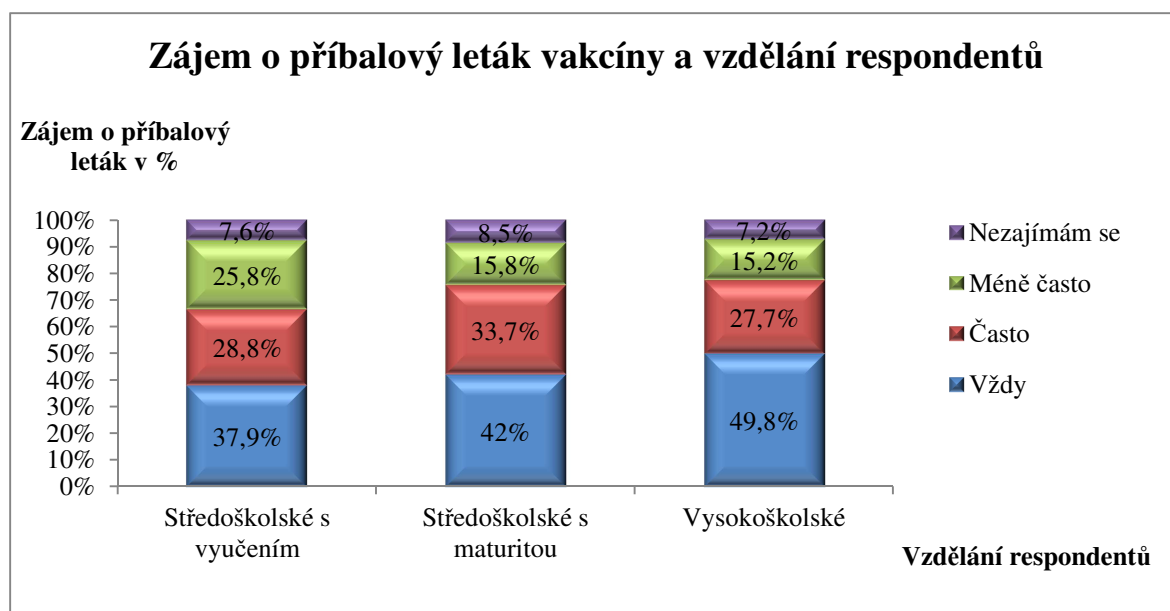




Obrázek 5.10 Nabídnutí příbalového letáku lékařem a věk nejmladšího dítěte

### 5.3.2 Zájem o příbalový leták a vzdělání respondentů

Jako další byl zkoumán vztah zájmu o příbalové letáky vakcín a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (viz obr. 5.11). **Vždy** mají zájem o příbalový leták vakcíny nejvíce **vysokoškolsky vzdělané** respondentky, jejich zájem vykazoval v této skupině celých 49,8 %, **středoškolsky vzdělané matky s maturitou vždy** vyžadují tuto informaci v 42 % a nejmenší zájem je u matek se **středoškolským vzděláním s vyučením** a to ve 37,9 %. **Méně často** byl uveden zájem o příbalový leták z 25,8 % u **středoškolsky vzdělaných s vyučením**, u **středoškolsky vzdělaných s maturitou** možnost **méně častého** zájmu uvedlo 15,8 % a **vysokoškolsky vzdělání méně často** sledují příbalový leták v 15,2 % a tedy nejméně. **Vůbec se nezajímají** nejvíce **středoškolsky vzdělání s maturitou** a to ve 8,5 % a **středoškolsky vzdělání s vyučením** při 7,6 %. Z grafického znázornění vyplývá, že s rostoucím vyšším dosaženým vzděláním roste i zájem o příbalové letáky u vakcín, které jsou dětem povinně dle legislativy České republiky očkovány. Samozřejmě je nutno brát opět na vědomí nevyváženost vyplněných dotazníků respondenty se zakončeným vzděláním, kdy středoškolsky vzdělaných matek s vyučením bylo nejméně.

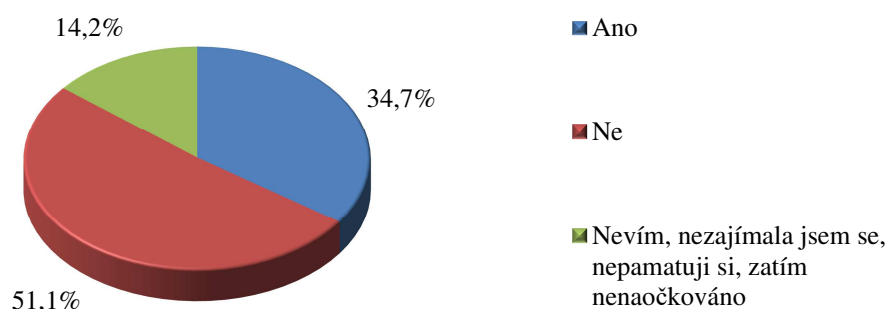


Obrázek 5.11 Zájem o příbalový leták vakcíny a vzdělání respondentů

#### 5.4 Souběžná aplikace vakcín dítěti

Očkovací kalendář a legislativa v ČR umožňují aplikaci dvou vakcín najednou, povinného Infanrix hexa či Hexacimy (či jiné vakcíny) a mimo rizikové případy nepovinné vakcíny proti pneumokokovým nákazám (viz kap. 2.4.4). Je však na rozhodnutí rodičů, zda v případě zájmu o tuto nepovinnou vakcínu naočkují dítě najednou oběma nebo s očkováním počkají a mezi jednotlivými vakcínami udělají rozestup. Respondentky byly dotázány, zda byly jejich nejmladšímu dítěti podány tyto dvě očkovací látky souběžně, myšleno ve smyslu, že dítěti byly aplikovány celkem dva vpichy najednou. Celkem 34,7 % matek uvedlo (viz obr. 5.12), že jejich *dítěti byla najednou podána* Hexavakcína (či jiná vakcína) a vakcína proti pneumokokovým nákazám. Celkem 51,1 % uvedlo, že vakcína *souběžně podána nebyla*, 14,2 % *neví, nebo se nezajímalo, už si na očkování nepamatuje či zatím své děti neočkovala, ale do budoucna plánuje dítě nějakou povinnou vakcínou očkovat*. Jedním z důvodů, proč matky neočkují společně dvěma vakcínami, může být zvýšená zátěž organismu dítěte a možnost vyššího výskytu nežádoucích účinků (viz kap. 2.10) nebo také pouhé odmítnutí očkování proti pneumokokovým nákazám.

### Souběžná aplikace Infarix hexa (jiné) a vakcíny proti pneumokokovým nákazám



Obrázek 5.12 Souběžná aplikace Infarix hexa (jiné vakcíny) a vakcíny proti pneumokokovým nákazám

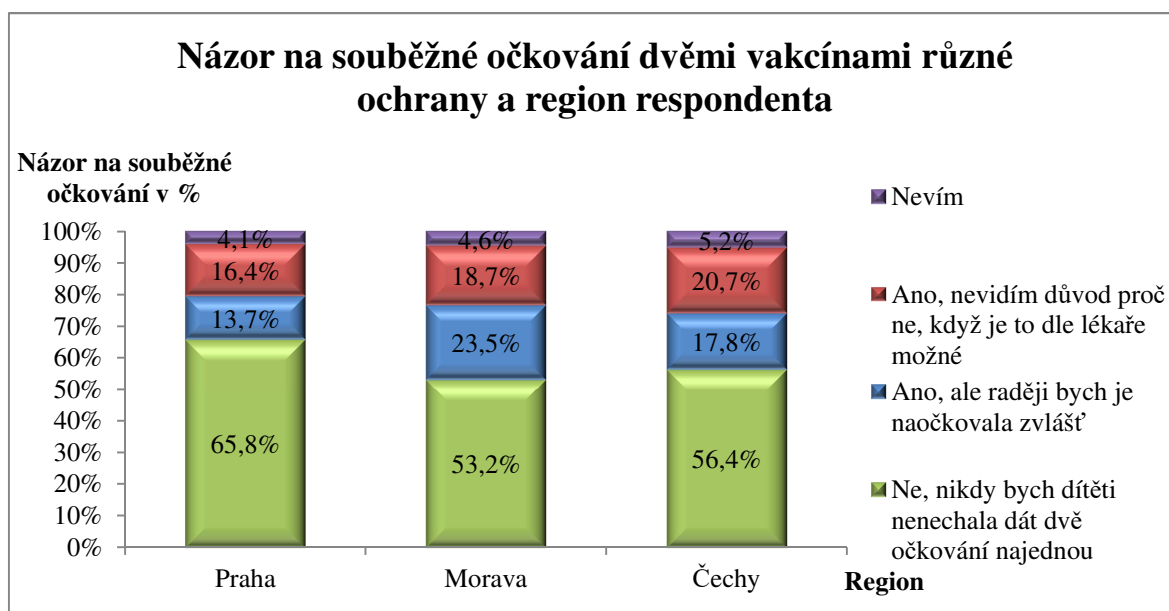
Následně byly matky dětí do osmi let věku dotázány, zda souhlasí, aby jejich nejmladší dítě bylo naočkováno dvěma vakcínami najednou. Tato otázka byla spíše směřována na konkrétní přístup respondentek, ve vztahu k jejich názoru, zda by očkovaly nebo neočkovaly souběžně.

Celkem 19,3 % matek, které očkují nebo to alespoň plánují, uvedlo, že se *souběžným očkováním souhlasí a nevidí důvod, proč nenaočkovat dvě vakcíny najednou, když je to dle lékaře možné*. Souhlas se souběžnou vakcinací uvedlo také dalších 19,4 %, avšak s tím, že *souhlasí, aby byly jejich dítěti naočkovány dvě vakcíny souběžně, byly by však raději, kdyby se očkovaly zvlášť*. Ve výběrovém souboru bylo celkem 56,4 % matek, které očkují a vysloveně tvrdí, že by svému dítěti *nikdy nenechaly aplikovat dvě očkování najednou*. Celkem 4,8 % matek *nemají názor* a neví, zda by dvě očkování souběžně aplikovaly.

#### 5.4.1 Očkování dvěma vakcínami a region respondentů

Ve vztahu očkování dvěma vakcínami a regionu, ve kterém respondentky žijí, byly zjištěny následující souvislosti. Nejvíce očkujících matek s negativním vztahem k očkování souběžně dvěma vakcínami bylo zaznamenáno v **Praze** (viz obr. 5.13), kdy 65,8 % z nich by *nikdy nedala svému dítěti dvě očkování najednou*, v regionu **Čechy** bylo těchto matek se stejným názorem 56,4 % a na **Moravě** nejméně, tedy 53,2 %. Názor, kdy matky *se souběžným očkováním souhlasí, ale byly by raději, kdyby se tato očkování jejich dětem*

*podávala zvlášť*, zastávají nejvíce matky dětí z **Moravy**, a to ve 23,5 %. Tento názor měly nejméně matky dětí z **Prahy**, kdy možnost zvolilo pouze 13,7 % očkujících či těch, které očkování teprve plánují. Pozitivní byly vůči očkování dvěma vakcínami najednou matky dětí nejvíce v **Čechách** (20,7 %), kdy *nevidí důvod, proč takto při očkování dětí nepostupovat, když je to dle lékaře možné*. V Praze označilo tuto možnost pouze 16,4 % z nich. Region Praha je tedy při postoji souběžného očkování výrazněji proti této formě aplikace vakcín. Důvodem může být větší koncentrace matek v hlavním městě, kdy možnosti rozšíření informací ohledně negativ očkování může být vyšší, například díky komunikaci z úst do úst mezi rodičkami a míry soustředění protivakcinačních programů (viz stávka kap. 3.4.2). Nutno však přihlídnout, že v Praze dotazník vyplnilo nejméně respondentů.

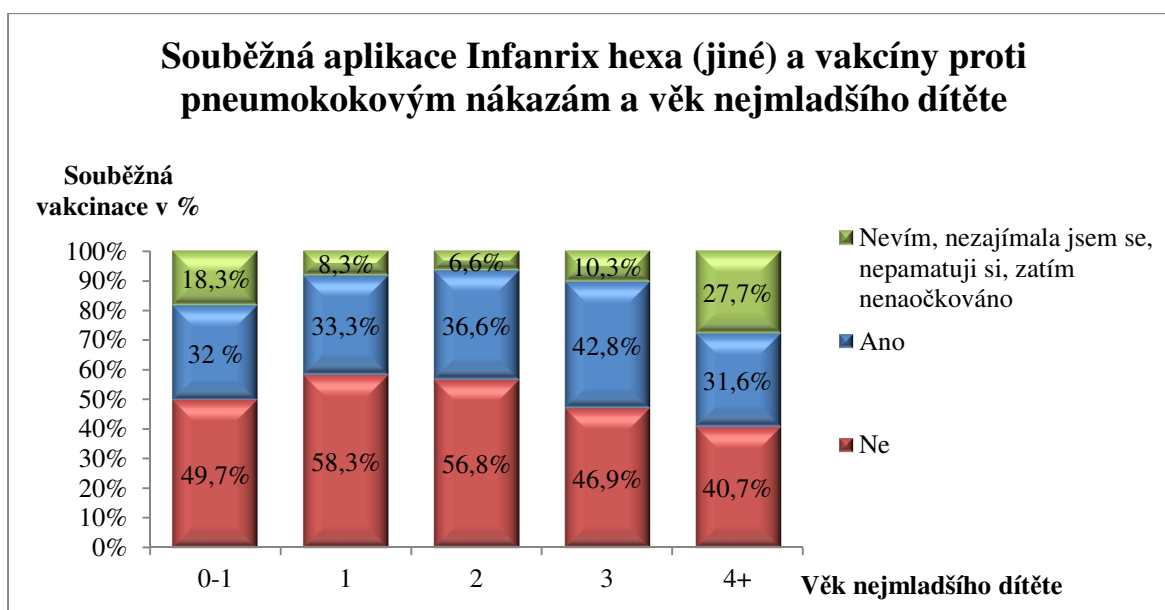


Obrázek 5.13 Názor na souběžné očkování dvěma vakcínami různé ochrany a region respondenta

#### 5.4.2 Souběžné naočkování a věk nejmladšího dítěte

V grafickém znázornění (viz obr. 5.14) lze sledovat, jak matky skutečně postupovaly při očkování svých dětí při vakcinaci Infarix hexa, Hexacima či jiné vakcíny spolu s vakcínou proti pneumokokovým nákazám ve vztahu věku nejmladšího dítěte matky. Souběžně neočkávaly dvěma vakcínami nejvíce matky s dětmi mladšími, u *dětí jednoho roku* byly matky vůči tomuto postupu nejvíce negativní. Možnost *ne, neočkávaly*, uvedlo 58,3 % z nich, u dětí ve *věku dvou let* byl jejich procentuální podíl 56,8 % a u *tříletých* to bylo 46,9 %. Ač při *věku od narození do jednoho roku* činil tento podíl neočkujících

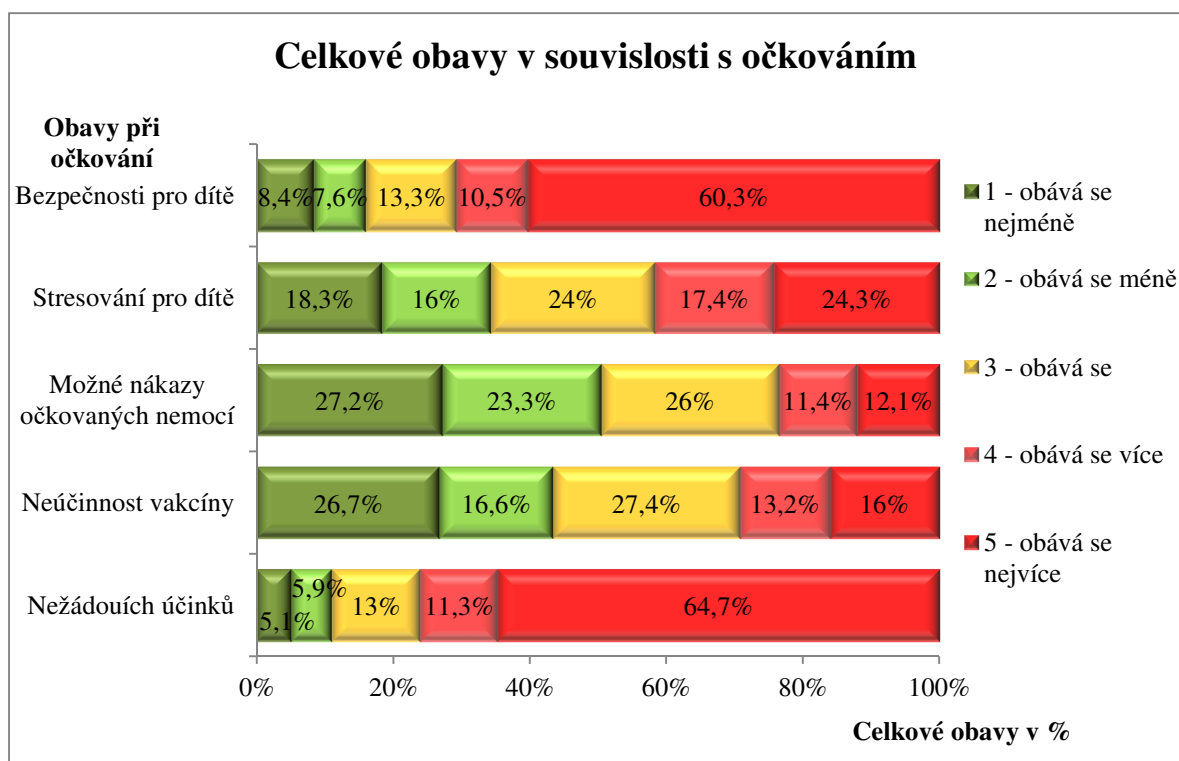
souběžně 49,7 %, je nutno v této kategorii přihlídnout k tomu, že některé děti v rámci věku ještě nemusí být zatím naočkovány vůbec. Děti starší, tedy **tří let**, byly naočkovány těmito vakcínami souběžně nejvíce, celkem 42,8 % respondentek uvedlo, že své nejmladší dítě těmito vakcínami **naočkovalo najednou**. U **dvouletých** dětí bylo takto proočkováno 36,6 %, u dětí **jednoho** roku 33,3 % a **do jednoho** roku 32 %. Nejvyššího procentuálního podílu, **kdy matky neví, nezajímaly se, nepamatují si, jak očkování probíhalo či zatím neočkovalo**, bylo pozorováno ve věku dětí **od čtyř do osmi let**, kdy tuto možnost zvolilo 27,7 % respondentek. To není překvapivé, jelikož zde může být vyšší předpoklad, že u staršího dítěte si způsob očkovacího schématu nemusí respondentky tolik pamatovat. Čím je tedy dítě mladšího věku, tím menší je počet očkovaných dvěma vakcínami souběžně v jeden den (mimo věkovou skupinu 0-1, kdy může být pravděpodobné, že k samotnému očkování ještě nedošlo). Naopak čím jsou děti starší, tím častěji byly děti očkovány dvěma vakcínami najednou, mimo věkovou kategorii čtyři až osm let, kdy vysoké procento uvedlo, že si to již nepamatuje nebo se nezajímalo. Nelze však toto tvrdit pravidlem z důvodu nevyváženosti výběrového souboru a dalších možných okolností, jistá souvislost se však pravděpodobně vyskytuje, příčina může být v současné medializaci povinného očkování.



Obrázek 5.14 Souběžná aplikace Infanrix hexa (jiné vakcíny) a vakcíny proti pneumokokovým nákazám a věk nejmladšího dítěte

## 5.5 Obavy a souhlas s povinným očkovacím kalendářem

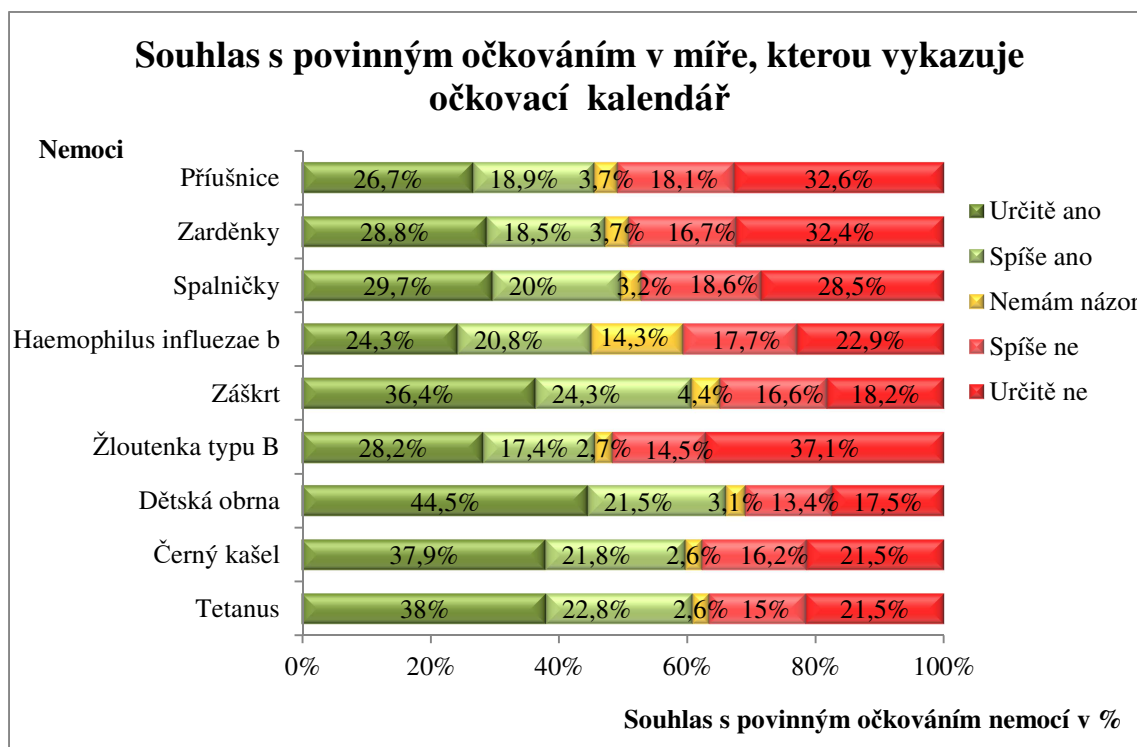
V následující otázce měly matky dětí do věku osmi let, nezávisle na tom, zda své dítě očkovaly či nikoli, ohodnotit na škále 1 až 5 určité obavy v souvislosti s povinným očkováním. Bod jedna představoval obavy, kterých se respondentky obávají nejméně a bod pět obavy největší. Dle grafického znázornění (viz obr. 5.15) můžeme sledovat, že z celkového počtu zodpovězených dotazníků se respondentky **nejméně obávají možné nákazy očkovaných nemocí**, kdy ohodnotilo 27,2 % matek bodováním 1 na dané škále. Naopak **největší obavy jsou u nežádoucích účinků**, kdy celých 64,7 % hodnotilo na škále bodem 5, který znamenal již zmíněné největší obavy. U **nežádoucích účinků** pouze 5,1 % respondentů uvedlo, že se jich **obává nejméně** (bod 1 na škále) a 5,9 %, že se **obává méně** (bod 2 na škále). Obavy, související s **bezpečností očkování pro samotné dítě**, byly vnímány také většinou negativně. Celkem 60,3 % uvedlo, že se nebezpečí pro dítě **obávají nejvíce** (bod 5 na škále), 8,4 % uvedlo, že se obávají nejméně (bod 1 na škále) a 7,6 % uvedlo, že se obává méně (bod 2 na škále). **Neúčinnost vakcíny** není pro matky dětí tolik negativní, u neúčinnosti uvedlo své nejmenší obavy (bod 1 na škále) celkem 26,7 % respondentů, největší obavy (bod 5 na škále) pouze 16 % z nich. Největší obavy tedy mají matky dětí při očkování z možných nežádoucích účinků a z toho, zda jsou vakcíny bezpečné pro jejich děti. Menší obavy pak vnímají například při neúčinnosti vakcíny či možné nákaze nemocí. Nežádoucí účinky a nedůvěra v bezpečnost je pravděpodobně zapříčiněna nejen samotnou medializací výsledků SÚKL minulých let (viz kap. 2.6), ale zřejmě i samotnou zkušeností matek (viz kap. 5.2 a výsledky výzkumu)



Obrázek 5.15 Celkové obavy v souvislosti s očkováním

Pro upřesnění chování rozhodovací jednotky (matky) o povinném očkování byla následující otázka zaměřena na to, zda matky souhlasí s povinným očkováním do takové míry, jakou uvádí očkovací kalendář v České republice. Obsahem tedy byla míra jejich souhlasu s očkováním proti všem devíti nemocem. Respondenti mohli vybírat z možností určitě ano, spíše ano, nemám názor, spíše ne a určitě ne. Matky, zvolily odpověď **určitě ano** pro souhlas s povinným očkováním nejvíce u onemocnění **dětské obrny**, kdy 44,5 % si myslí, že by tato nemoc měla v povinném očkovacím kalendáři být, u **tetanu** byl procentuální podíl souhlasu v 38 % a **černého kašle** ve 37,9 %. Nejméně respondentů odpověď **určitě ano** zvolilo u infekčního onemocnění **haemophilus influenzae typu b**, kdy 24,3 % z nich s touto nemocí jako povinnou dle současného očkovacího kalendáře určitě souhlasí, u **příušnic** procentuální podíl činil 26,7 % a u **žloutenky typu B** byl tento souhlas u 28,2 %. Nejvíce matky dětí striktně nesouhlasí právě s očkováním kojenců proti **žloutence typu B**, kdy 37,1 % uvedlo, že **určitě nesouhlasí**, a 14,5 % **spíše nesouhlasí**, očkování tohoto onemocnění má tedy větší negativní postoj u rodičů, nežli pozitivní. U onemocnění **zarděnek** vůbec s očkováním nesouhlasí 32,4 % a u **příušnic** 32,6 %. Pouze 17,5 % **určitě nesouhlasí** s očkováním proti **dětské obrně** a u **tetanu a černého kašle** je tento názor ve 21,5 %. Nejvíce se tyto přímé názory na povinné očkování liší u **dětské obrny**, kdy 17,5 %

uvádí, že s povinným očkováním určitě nesouhlasí a 44,5 % určitě souhlasí, taktéž u *záškrtu*, kdy 18,2 % uvádí určitě ne a 36,4 % zvolilo možnost určitě ano. Onemocnění jako *příušnice, zarděnky a žloutenka typu B* má *více negativních názorů* na povinnost očkování, než těch zcela pozitivních. Důvodem může být míra pravděpodobnosti výskytu či možnost léčení onemocnění standartní formou (viz kap. 2.8)



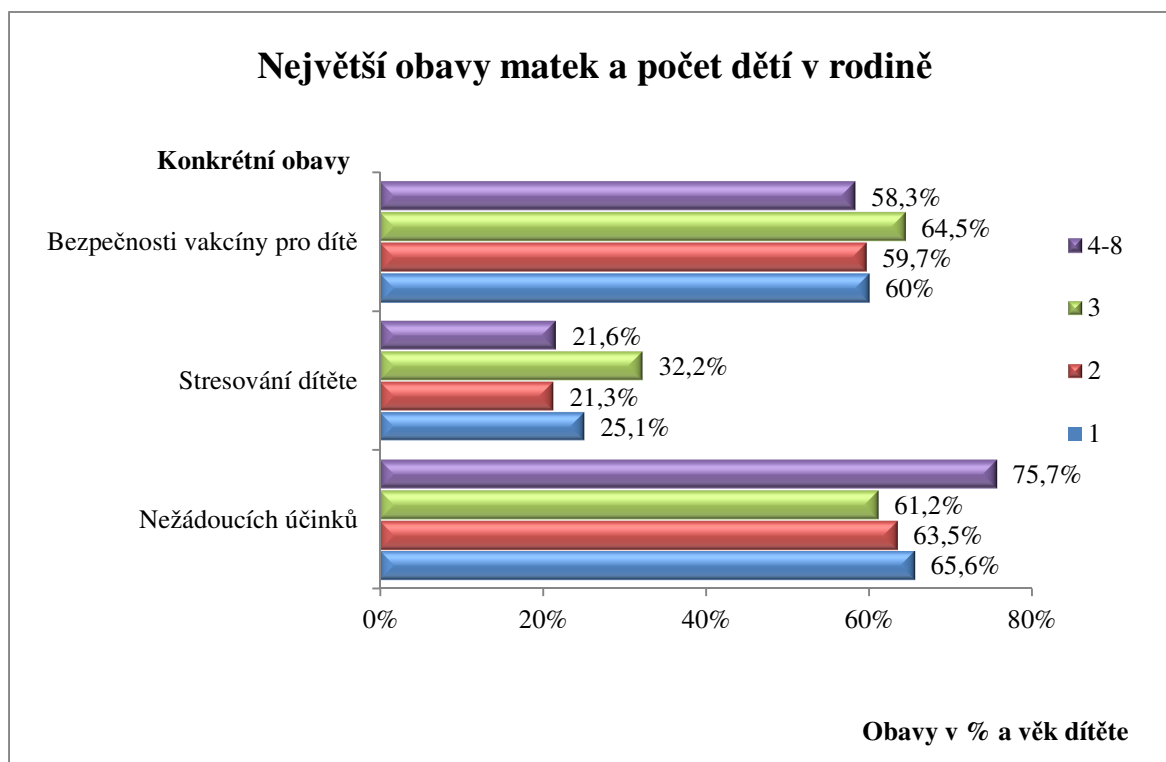
Obrázek 5.16 Souhlas s povinným očkováním v míře, kterou vykazuje očkovací kalendář

### 5.5.1 Největší obavy a počet dětí v rodině

Předpokladem pro rozdílnou úvahu při míře obav z povinného očkování bylo také zaměření na počet dětí v rodině v souvislosti s více či méně zkušenostmi s vakcinací při vyšším a nižším počtu dětí v domácnosti (viz obr. 5.17). *Nežádoucích účinků* se nejvíce obávají matky s *počtem dětí čtyři a více*, kdy 75,7 % z nich z výběrového souboru označilo, že se tohoto obávají nejvíce. U matek s *jedním dítětem* byl tento procentuální podíl u 65,6 %, se *dvěma dětmi* 63,5 % a *třemi* 61,2 %. Tyto výsledky se od sebe výrazně neliší, z čehož lze vyvodit, že nežádoucí účinky jsou největším strašákem rodičů a *nejvíce se však obávají početnější rodiny*. *Stresování dítěte* při aplikaci očkování je největší obavou u rodičů s vyšším počtem dětí a to *třemi* v rodině, kdy možnost *nejvíce se obávám*, zvolilo 32,2 % matek, u dítěte *jednoho* to bylo 25,1 %, což byla druhá procentuálně nejvyšší



skupina matek, která se tohoto obává. **Bezpečnost vakcíny** skrývá největší obavy u respondentek se **třemi dětmi**, 64,5 % mají obavy, zda jsou pro dítě vakcíny bezpečné, rodiny s **jedním dítětem** se bezpečností obávají z 60 %, rodiny s **dvěma dětmi** z 59,7 % a **čtyřmi** z 58,3 %. Bezpečnost vakcín, je tedy taktéž velmi obávaná a nezáleží až tak na tom, kolik dětí v rodině je.

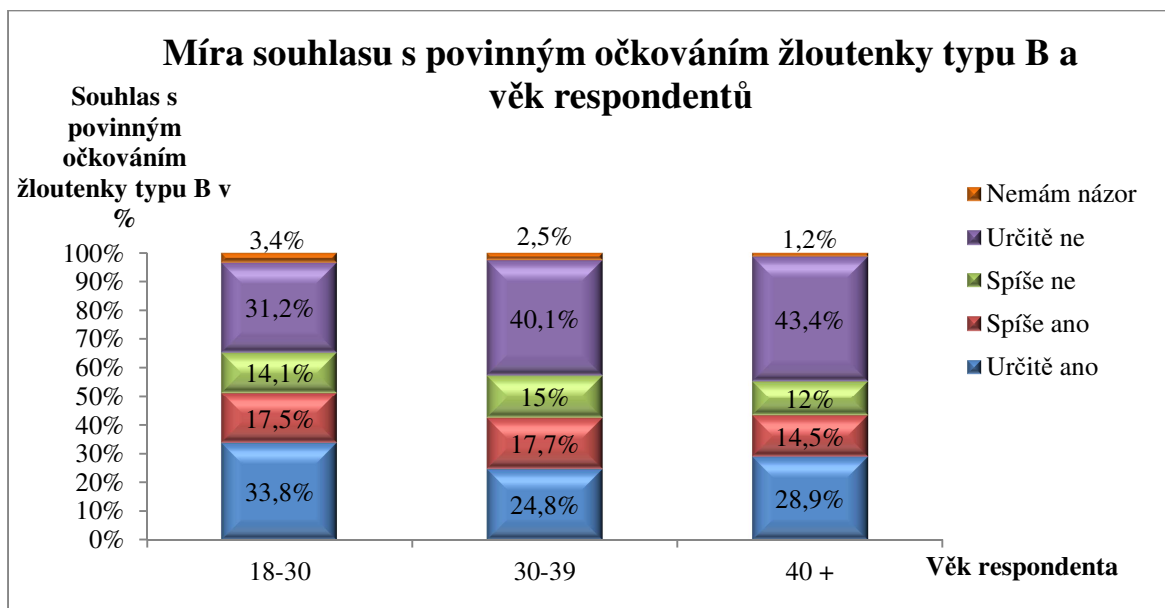


Obrázek 5. 5.17 Největší obavy matek a počet dětí v rodině

### 5.5.2 Hepatitida typu B a věk respondenta

Povinné očkování proti hepatitidě (žloutence) typu B, patří mezi rodiči k onemocnění, které má na své straně nejvíce odpůrců. Nejspíše je odmítání povinného očkování způsobeno především pravděpodobností nákazy, u malého dítěte (viz kap. 2.8). V analýze byl tudíž dále zkoumán vztah, mezi věkem respondenta a jeho názorem na povinné očkování žloutenkou typu B (viz obr. 5.18). Matky ve věku osmnáct - třicet let uvedly, že očkování hepatitidou B, by mělo být určitě povinné, což byla největší míra souhlasu ze všech věkových kategorií, kdy 33,8 % uvedlo v odpovědi určitě ano, zároveň také nejméně z nich a tedy 31,2 % označilo odpověď určitě ne pro povinné očkování. Může to být způsobeno mladším věkem a vyšším uvědoměním v rámci přenosu žloutenky v mladém kolektivu. U věkové kategorie matek třicet – třicet devět let uvedlo na otázku, zda souhlasí s povinným očkováním hepatitidou B, 24,8 % a u věkové kategorie **nad čtyřicet let**

28,9 % odpověď **určitě ano**. **Názor určitě ne** pak volily spíše starší věkové kategorie, kdy s rostoucím věkem byl i striktní názor proti tomuto očkování vyšší. U matek mezi **třiceti – třiceti devíti lety určitě ne** označilo 40,1 % respondentů a ve věku nad **čtyřicet let** 43,4 %. S jistým vědomím nevyváženosti jednotlivých věkových kategorií lze sledovat, že by mezi povinné očkování žloutenka typu B patřit neměla. Podle spíše starších matek dětí a zároveň nejvíce souhlasí s povinným očkováním tohoto onemocnění nejmladší věkové kategorie získaných respondentek.



Obrázek 5.18 Míra souhlasu s povinným očkováním žloutenky typu B

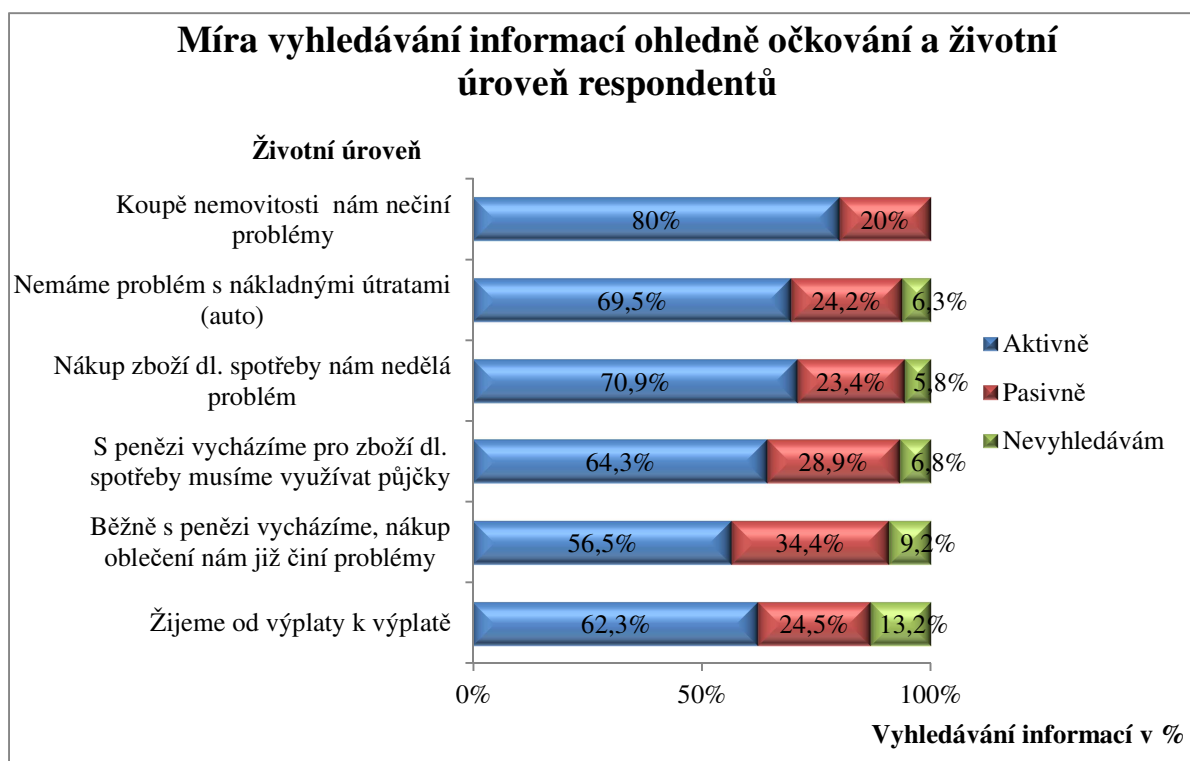
## 5.6 Informace o povinném očkování

Velmi důležitou součástí rozhodnutí o volbě vakcinace je zcela jistě způsob, kterým si matky dětí získávají informace. Téma samotného očkování dětí je jistě velmi náročné na zhodnocení jak kladů, tak záporů. Existuje spousta argumentů, které očkování zpochybňují, tak i těch, které očkování dětí vnímají jako nepostradatelnou součást dnešního civilizovaného způsobu života. Smyslem práce bylo také stanovení, jakým způsobem matky dětí vyhledávají informace o očkování svých dětí. Dalším záměrem bylo zjistit, jak respondentky vnímají, že tyto informace vyhledávají, zda pasivně, aktivně nebo nevyhledávají vůbec. Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že matky dětí do osmi let věku vyhledávají informace o očkování **aktivně** v celkem 67,9 %, **pasivně** pouze 25,6 % a **nevyhledává vůbec** 6,6 % respondentek. Z čehož vyplývá, že většina matek dětí tohoto výběrového souboru se o očkování dětí a danou problematiku aktivně zajímá.

Dále byli respondenti dotázáni, odkud čerpají informace ohledně povinného očkování svých dětí. Celkem 92,1 % dotazovaných zodpovědělo, že informace čerpají především z *internetu*. *Odbornou literaturou* se vzdělává v rámci vakcinace až 47,2 % respondentek a *knižních vydání* využívá při svém studiu 31,3 % z nich. Překvapivé je, že celkem 49 % matek považuje za zdroj informací *své kamarády a známé*, kdy mají zřejmě představu o tom, že jsou informovaní více než ony. *Televize* pro většinu nepřipadá jako médium vhodné pro získání relevantních informací, z ní získává své poznatky pouze 11,8 % matek s dětmi do věku 8 let. Matky dětí tyto informace nevyhledávají ze souboru získaných dat pouze v 5,5 % *vůbec*.

#### 5.6.1 Vyhledávání informací a životní úroveň

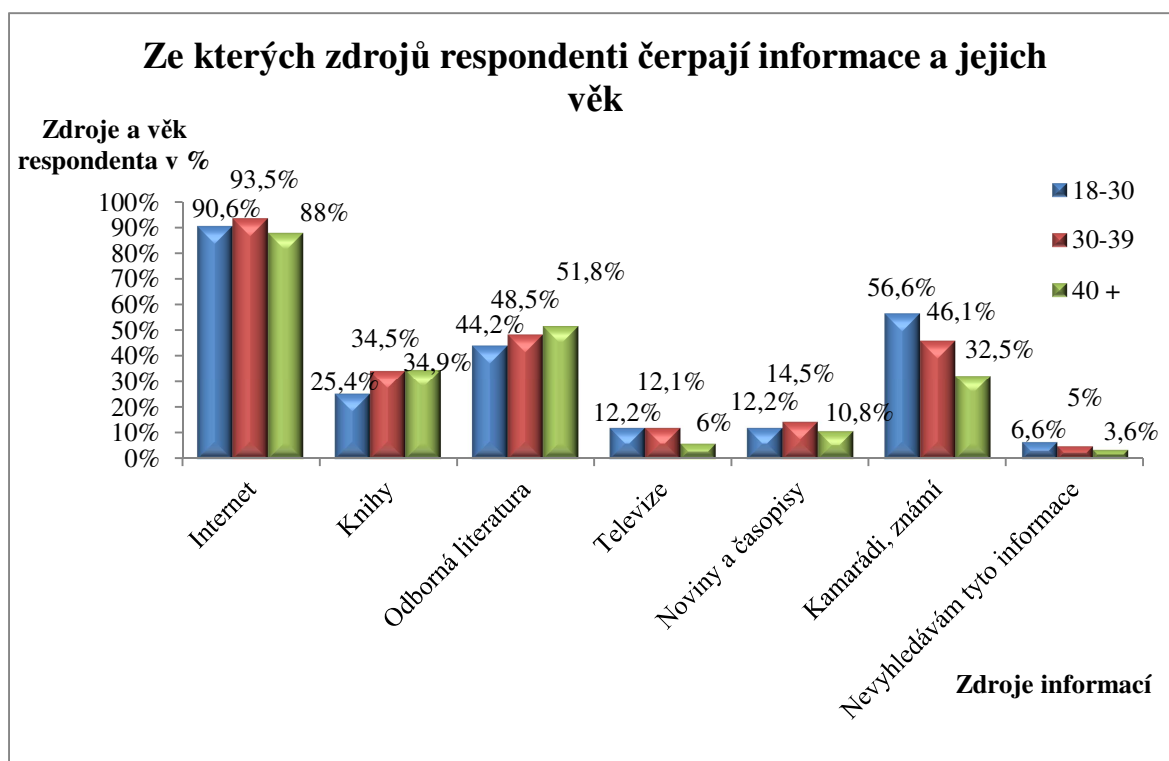
V analýze dat byl zkoumán vztah vyhledávání informací respondenty s životní úrovní matek dětí, jelikož finanční situace v rodině může ovlivnit přístup k hledání zdrojů v rámci povinného očkování. Nejvíce *aktivních* vyhledávaček informací ze všech dotazovaných (viz obr. 5.19) bylo u těch, kteří žijí na nejvyšší životní úrovni, celkem 80 % matek, kterým v rodině *nečiní problém ani koupě nemovitosti odpovědělo*, že informace o očkování vyhledávají *aktivně* a 20 % odpovědělo, že jsou při vyhledávání *pasivní*. Dle grafického znázornění lze sledovat, že čím vyšší je životní úroveň respondentů, tím se ve většině případů (ne zcela u všech) zvyšuje i zájem o vyhledávání informací aktivně. Je však nutno vnímat fakt, že v souboru získaných dat bylo nejvíce respondentů s životní úrovní, kdy rodinám nedělá problém nákup zboží dlouhodobé spotřeby a nejméně respondentek s nejvyšší životní úrovní. Pasivně vyhledávají nejvíce informace lidé, kteří s penězi sice *běžně v domácnosti vycházejí, ale nákup oblečení jim již činí problémy*. Celkem 34,4 % odpovědělo, že jejich míra vyhledávání informací je *pasivní*. Informace o očkování *nevyhledávají nejvíce lidé, kteří žijí od výplaty k výplatě*, kdy 13,2 % o tyto informace zájem nemá, což může být zapříčiněno také náklady spojenými se získáváním informačních zdrojů.



Obrázek 5.19 Míra vyhledávání informací ohledně očkování a životní úroveň respondentů

### 5.6.2 Zdroje a věk respondenta

Posledním východiskem bylo zobrazení zaměřené na to, z jakých zdrojů respondentky čerpají informace v souvislosti s jejich věkem. Největší procento ve všech věkových kategoriích získal jako informační zdroj o povinném očkování internet (viz obr. 5.20). Nejvíce na **internetu** čerpají informace matky ve věku mezi **třiceti až třiceti devíti** lety a to 93,5 %. U respondentek ve věku **osmnáct až třicet** činil tento procentuální podíl 90,6 % a u nejstarších matek ve věku **čtyřicet a více let**, činil tento podíl 88 %. **Knihy**, které se zabývají o problematiku očkování, nejvíce využívají matky ve věku **třicet až třicet devět let**, kdy z tohoto zdroje čerpá 34,5 % matek z výběrového souboru. **Odborná literatura** zaměřená na očkování je zájmem především starších matek **nad čtyřicet let**, které ji vyhledávají při svém studiu očkování v 51,8 %. Zajímavostí je, že matky dětí ve věku **osmnáct až třicet let** dávají značnou váhu při sběru informací k tématu očkování **kamarádům a známým**, kdy zřejmě předpokládají jejich lepší informativnost, celkem 56,6 % respondentek čerpá informace právě od kamarádů a známých. Nejméně **kamarády a známé** využívají jako informační zdroj matky starší **čtyřicet let**, kdy pouze 32,5 %, čerpá informace právě od nich. Příčinou může být vyšší míra spolehnutí na sebe sama dána životními zkušenostmi.



Obrázek 5.20 Ze kterých zdrojů respondenti čerpají informace a jejich věk

## 6 Návrhy a doporučení

Následující kapitola bude zaměřena na návrhy a doporučení s návazností na grafické znázornění a analýzu v předchozí kapitole. Návrhy jsou rozděleny do šesti podkapitol, stejně jako část aplikační.

### 6.1 Postoje, důvěra v lékaře, informovanost a povinné očkování

Dle respondentů získaných ve výběrovém souboru je více matek dětí, které si myslí, že by očkování nemělo být povinné vůbec, než těch, které tvrdí, že by tato povinnost určitě měla být. Bylo by proto vhodné zaměřit se také na názory matek dětí, které s očkováním nesouhlasí a *pokusit se o detailnější marketingový výzkum jejich názorů a zjistit, jaké jsou pravé důvody jejich odmítavého vztahu vůči povinnému očkování dětí. Výzkum by se měl dále také zaměřit na odhad, o jak velké procento odmítačů povinného očkování se skutečně jedná, a přiblížit, jaké příčiny tyto názory skrývají.* V analýze bylo také zjištěno, že právě matky s vyšším stupněm vzdělání více s povinným očkováním vůbec nesouhlasí. *Výzkum by měl tedy přihlédnout především ke vzdělání respondenta, kdy nelze poskytnout jistá marketingová opatření ze strany ministerstva zdravotnictví, bez přihlédnutí na vzdělanější část obyvatelstva.* Lidé s vyšším vzděláním mohou být ovlivněni jak svým studiem informací, tak svým zaměstnáním, kdy mezi nimi mohou být i samotní lékaři a jiní odborníci. Z druhé strany by bylo vhodné uvažovat *ze strany státu nad očkováním dobrovolným*, jelikož vynutit vpich vakcíny pro dítě nelze a konečné rozhodnutí má v těchto případech rodič dítěte. Tudíž pokud lidé naočkovat nechťejí, zřejmě je pokuta a sankce stejně neodradí.

U matek dětí byla v otázce povinného očkování zjištěna vysoká nedůvěra k pediatrům. Největší nedůvěru vnímají matky s dětmi ve věku jednoho roku a výše, což odpovídá věku, kdy již nějaká očkování s největší pravděpodobností proběhla. Očkování dětí v souvislosti se zdravím dítěte je pro každou matku dítěte prioritní a nejcitlivější téma. Je nutno u lékařů apelovat na důležitost vztahu pacienta a pediatra, založeného na důvěře a respektu. *Pomoci by mohl například článek zkušeného psychologa v předních lékařských časopisech a na webových stránkách určených pro pediatry, aby se lékař mohl především sám zamyslet, zda a kde svou důvěru ztrácí.* Článek by měl pojednávat o tom, jak u očkování správně komunikovat, argumentovat, jednat a zároveň se zaměřit na studium obou protistran, na lepší pochopení pocitů matek lékařem. Dále také zvážit, o čem rodiče na

základě nejnovějších studií informovat a jak se zachovat v případě výskytů nežádoucích účinků k matce dítěte, aby byl vztah lékaře a pacienta založen především na důvěře. Z výsledků výzkumu bylo také zjištěno, že je možný vztah mezi ochotou lékařů diskutovat a spolehlivě informovat a vycházet matkám vstříc. Čím více mají matky dětí, tím je ochota vyšší. Odborný článek (články) by měly být zaměřeny také na vybudování vztahu lékařů k novým pacientům (předpokládá se, že matky obvykle navštěvují jednoho pediatra se všemi svými dětmi).

Zcela ne všichni respondenti vědí, která očkování nemocí jsou skutečně povinná pro nástup do mateřských škol v rámci legislativy České republiky. Onemocnění jako černý kašel, dětská obrna nebo záškrt jsou respondentům správně vybavována jako povinná nejvíce. Mnoho z nich však mezi nutná povinná očkování nepatří a přesto si respondenti myslí, že ano. Jistý nepoměr tohoto vědomí byl sledován v souvislosti se vzděláním respondentů. Tento problém by mohl vyřešit pouhý *informativní leták, který by matky dětí obdržely již ve své porodnici (od své porodní asistentky u domácích porodů, či u lékaře, při první prohlídce dítěte). Měl by obsahovat snadno pochopitelnou strukturu povinných i doporučených očkování včetně očkovacího kalendáře v rámci ČR a stručné informace o aktuálním výskytu jednotlivých onemocnění v předchozím roce*. Předěšlo by se tak mylným domněnkám a zajistilo by se větší povědomí o těchto infekčních onemocněních i pro ty, kteří o vakcinaci tolik nevědí a eliminoval by se tak rozdíl i v základních informacích o očkování.

## 6.2 Matky dětí a průběh očkování

Většina matek dětí, které vyplnily dotazník, své děti očkují nebo to alespoň plánují. Zároveň byly i překvapivé výsledky v počtu zcela neočkujících, kdy matky s lepší finanční situací neočkují více. Vzhledem k horší finanční situaci mnoha rodin, kdy hrozí za neočkování pokuty a nepřijetí dítěte do mateřské školy, je velmi pravděpodobné, že mnohé z nich nechají své děti naočkovat i přes své pochybnosti. Jelikož jsou tyto donucovací prostředky již v mnoha zemích (spíše směrem na západ) přežitkem, *zde by byla řešením pouze změna zákonů v rámci řádného prošetření pozitiv a negativ plynoucích dobrovolnosti očkování*. I zde by mohl být nápomocen již zmiňovaný *marketingový výzkum* důkladného zaměření na to, jak dalece jsou úvahy o neočkování opodstatněné. Dále také mohou přispět i *hloubkové rozhovory* ze strany odborníků pro i proti. Očkované

i neočkované děti se stýkají na hřištích či v jiných kolektivech a budou do budoucna navštěvovat společně i školy, navíc očkování není účinné ze sta procent. Lidé se snaží systém obcházet jinak, proto je otázkou, zda nevpuštění dětí do mateřských škol je tím správným řešením.

Ani polovina matek z dotazovaných neočkovala přesně dle očkovacího kalendáře a spíše volily jiný možný způsob, než ten doporučený. V hlavním městě Praze očkují matky dle očkovacího kalendáře nejméně a volí více jiných možností vakcinace (začátek očkování v pozdějším věku, větší odstupy mezi vpichy, jiný výběr vakcíny, samotní lékaři více volili úpravu očkování). Jistý nepoměr přístupu k očkování (ať už je způsoben čímkoliv) by mohly rodičům, ale i lékařům usnadnit přístup a konečné rozhodnutí o plánovaném naočkování *webináře na webových stránkách o rodičovství. Jednalo by se o sérii krátkých videí (max. 5 min.), ve kterých by lékaři, vakcionologové a další odborníci, vždy ze stran odpůrců i těch, kteří očkování podporují, otevřeně hovořili o svých názorech na téma výhod a nevýhod jednotlivých postupů mimo očkovací kalendář.* Informace o jednotlivých možnostech naočkování včetně možných rizik by tak byly dostupné všem matkám na internetu, bez ohledu na místo jejich bydliště a zároveň by poskytly lepší objektivitu z hlediska názorů proč očkovat jinak a proč ne. Informace by byly tak přístupné i samotným lékařům, kteří pravděpodobně při vyšší koncentraci pacientů a konkurenci (Praha) nabízejí matkám více možností a vycházejí jim více vstříc.

K hlavním argumentům odpůrců očkování patří nežádoucí účinky vakcín. V souboru získaných dat se respondenti setkali s některými nežádoucími účinky velmi často, včetně těch nejzávažnějších (neurologické problémy). Je možné, že zájem o vyplnění byl větší u respondentek, které mají negativní zkušenost. Zároveň také není jisté, kolik očkování (i nepovinných) bylo u nejmladšího dítěte aplikováno. Často je však diskutováno o vysoké podhlášenosti nežádoucích účinků na SUKL, kdy v dnešní době mohou nahlašovat nežádoucí stavy i samotní pacienti (viz kap. 2.6). Možným řešením tohoto problému by mohla být i jednoduchá *mobilní aplikace, kterou by si rodiče dětí mohli stáhnout do mobilního telefonu z webových stránek svého lékaře či SUKL. Aplikace by byla zpracována jako očkovací schéma dítěte, která by fungovala jako kalendář pro očkování dítěte. Matky by si zde mohly zapisovat termíny očkování (aplikace upozorní na termín). V případě pozorování vážné či nestandardní reakce by odeslaly údaje o vakcíně, osobní údaje a další, možné je i video či fotky dítěte jako důkaz.*



Matky dětí, které možnost mobilní aplikace nevyužijí, mohou vyplnit formulář *na webových stránkách SUKL, jak je tomu dosud*. Novinkou by mohla být možnost vzít si formulář v každé čekárně pediatra, dotazník *vyplnit a následně odeslat poštou (pokud k lékaři nemá důvěru, že nahlásí nežádoucí účinek za něj)*. *Mobilní aplikací by se urychlil a zjednodušil celý proces systému hlášení nežádoucích účinků a zároveň by (díky užitečné mobilní aplikaci) nedocházelo k takové míře možné podhlášenosti*. S důkladnějšími a přesnějšími informacemi ohledně nežádoucích účinků by mohly skutečné obavy matek klesnout.

Matky, které však byly staršího věku, se setkávaly s nežádoucími účinky častěji. Starší matky dětí, u nichž jsou obvykle i vyšší rizika již v těhotenství, by zřejmě měly být při očkování svých dětí obezřetnější. Státní ústav pro kontrolu léčiv by měl tak své zprávy o výskytu nežádoucích účinků publikovat informace s ohledem na věk matky, tento údaj však není ve formuláři hlášení nežádoucích účinků obsažen. *Proto by bylo vhodné ho do formuláře zavést pro zjištění této kauzality*.

### 6.3 Očkovací respondenti a příbalová informace

Většina respondentek uvedla, že jim lékaři sami od sebe nenabídli příbalové informace vakcín. U kojenců je počet nabídnutí příbalových letáků vyšší, než u starších dětí. Celkově však matky o tuto příbalovou informaci zájem většinou mají, kdy vyšší zájem je u vzdělanějších matek dětí. I když se tedy situace v nedávné době ohledně nabídnutí příbalového letáku rodičům zlepšuje, výrobci vakcín by měli přísněji vyzývat lékaře, aby příbalové *letáky automaticky matkám dětí nabízeli nebo je zasílali automaticky na e-mailové adresy, jelikož je o ně většinou zájem*. V příbalovém letáku je spousta informací ohledně očkování nemocí, možných nežádoucích účinků se zaměřením také na rady, kdy dítě neočkovat, kdy vyhledat lékaře a také informace, které upozorňují na hlášení nežádoucích účinků. V případě, kdy by lékaři příbalové letáky nabízeli každé matce dítěte, mohl by se zvýšit zájem o tyto příbalové letáky u matek s nižším vzděláním a zároveň by lékař prokázal službu těm, kteří o tyto příbalové informace zájem mají, ale nabízeny jim nejsou. To by mohlo pomoci i vzájemné důvěře mezi matkou a pediatrem, jelikož by nedocházelo k dezinformacím a v případě výskytu problému po očkování by matky měly příbalovou informaci u sebe k přečtení.

## 6.4 Souběžná aplikace vakcín dítěti

Přibližně polovina dětí výběrového souboru nebyla proočkována dvěma vakcínami souběžně. Čím je dítě mladší, tím méně je obvykle provedeno souběžné očkování jedné povinné a nepovinné vakcíny. Více než polovina respondentek se v současné době přiklání k názoru, že by svému dítěti nikdy nenechala aplikovat dvě vakcíny najednou s tím, že matky dětí v Praze jsou vůči tomuto postupu odmítavé nejvíce. Někteří sice souhlasí, ale raději by očkovali zvlášť. Je logická úvaha, kdy dvě vakcíny různého typu s dvěma příbalovými letáky a seznamy nežádoucích účinků, teoreticky mohou zvyšovat pravděpodobnost jejich výskytu. Nabízí se však otázka veřejnosti, jestli tedy není lepší aplikovat vakcíny skutečně zvlášť. Pediatri jsou po samotných matkách dětí největším zdrojem informací o možných reakcích dítěte na očkovací látky. Při rozhodování matek, které by raději očkovaly své děti zvlášť či pro opodstatnění postupu určitě neočkovat dohromady, by mohla *posloužit anonymní anketa na internetových stránkách určených pro pediatri i laickou veřejnost, kdy by bylo hlasování povoleno pouze se souhlasem, že se jedná o pediatra či jiného lékaře s titulem MUDr. Otázka by byla směřována na to, zda by ze své praktické zkušenosti matkám dětí doporučili očkovat souběžně hexavalentní vakcínu souběžně s nepovinnou vakcínou proti pneumokokovým nákazám.*

## 6.5 Obavy a souhlas s povinným očkovacím kalendářem

Největší obavy byly sledovány u matek dětí právě z již zmiňovaných nežádoucích účinků a také bezpečnosti vakcín. Je zapotřebí, aby matky dětí byly více informovány o bezpečnosti vakcín a zároveň i o seriózních datech v rámci nežádoucích účinků s vakcinací spojených. Názory se různí na internetu i v odborné či jiné literatuře. Je možno nalézt spoustu pohledů v souvislosti s možnými nebezpečími vakcín, ale také názory o její prospěšnosti v souvislosti s proočkovaností a snížením výskytu infekčních onemocnění. Obhajující odborníci tvrdí, že vakcíny jsou bezpečné a jejich benefity jsou vyšší, než případné nakažení onemocněním, protože vážných nežádoucích účinků je minimum. Laická veřejnost, někteří lékaři a další se domnívají opaku (viz kap. 2.10). Pokud tedy stát povinné očkování vymáhá, měl by také myslet na obavy matek dětí. Možným řešením by mohla být také *veřejná diskuzní fóra na webových stránkách českého zdravotního ústavu na téma bezpečnosti vakcín a nežádoucích účinků, kde by jednou za týden cca 1 hodinu proběhla diskuze s určitým předem oznámeným odborníkem o dotazech ze strany veřejnosti.*

Konkrétní odborník by pro zodpovězení vybíral pouze dotazy v jeho hodině neopakující se a v rámci této hodiny by aktivně zodpovídal, odkazoval na možné zahraniční studie, využil svého názoru i nejnovějších vědeckých poznatků. Pokud je tedy očkování opravdu bezpečné a výskyt nežádoucích účinků minimální, je zapotřebí dát veřejnosti konkrétní data, argumenty a snížit tak jejich obavy v rámci zachování kolektivní imunity.

Matky dětí nejvíce nesouhlasí s povinným očkováním proti žloutence typu B, častěji se jedná o matky staršího věku. Možnou úvahou by *mohla být petice laické veřejnosti výhradně proti této povinně očkující infekční nemoci uspořádané z řad odpůrců, aby se dostal tento názor do většího povědomí, než již je*. V současnosti měly vakcíny (bez hepatitidy B) mimo povinný očkovací kalendář časté výpadky ze strany distributorů, což také neusnadňovalo cestu matkám dětí při jiném očkovacím schématu, které toto očkování konkrétního onemocnění neobsahovalo. [64]

## 6.6 Informace o povinném očkování

Většina matek dětí informace o očkování vyhledávají na internetu i v rámci věku respondentů. Z těchto důvodů byly také jisté návrhy a doporučení zaměřeny právě na něj. Přínosem by byla nová webová stránka zaměřená na konstruktivní informace na jednom místě. *Webová stránka by se jmenovala: Očkuji a neočkuji. Byla by zde umístěna jak témata proč očkování provést, tak i proti. Strany zastávající očkovací postupy by zde prezentovaly odborné informace a názory, které vyvracejí názory proti očkování na základě odborného přístupu, naopak odborníci jiného názoru by upozorňovali na problémy s vakcinací spojené*. Laická veřejnost by zde mohla prezentovat své názory proč očkovat a proč neočkovat ve dvou rozdílných sekcích, aby nedocházelo k napadání názorů (negativní komentáře v sekci proč očkovat by byly zakázány a vymazány a naopak). Obě názorové skupiny by mohly zveřejnit své zkušenosti s očkováním jejich dětí a zároveň by měly k dispozici spoustu informací, kde by se o svém subjektivním názoru mohli informovat ze strany různých pediatrů, odborníků, studií, ale také pouze názorů jiných rodičů. Stránka by byla nezávisle směřována, tudíž všechny názory by byly objektivnější. Mladší lidé věnují více pozornosti hledání informací u svých známých a kamarádů, tudíž je nutno spolehlivě informovat co nejširší veřejnost, jelikož matky mladšího věku, u kterých je předpoklad dalšího přírůstku do rodiny, mají své názory více ovlivnitelné z úst druhé osoby, než je tomu u starších matek. Ty se zajímají v oblasti očkování více o odbornou literaturu. Na této webové stránce by tak neměly chybět odkazy na různé, nejen zahraniční, studie,

odbornou literaturu k načtení a její seznam. Všechny tyto zdroje by měly obsahovat možnou diskuzi nad tématem, kdy se nejen rodiče budou moci vyjádřit.

## 7 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjištění chování a vnímání povinného očkování matkami dětí do věku osmi let věku (včetně). Důležité bylo především zjištění samotného přístupu matek dětí k očkování jejich potomků, zda s povinným očkováním souhlasí a do jaké míry, zda a jak své děti skutečně očkují, jaké mají vztahy s pediatrií, obavy, zkušenosti s nežádoucími účinky a zda z jakých zdrojů se o informace v této souvislosti zajímají.

Text práce byl strukturován do několika kapitol a podkapitol, které na sebe svým obsahem vzájemně navazovaly. V úvodu práce byla nejprve popsána historie očkování, která směřovala až k současnému očkovacímu kalendáři a platné legislativě pro Českou republiku. Následně byly popsány některé očkovací látky, onemocnění podléhající povinnému očkování a důvody rozhodnutí proč vakcinaci dítěte podstupovat a proč se jí vyhnout. V kapitole Teoretická východiska byla popsána teorie spotřebitele se zaměřením na faktory ovlivňující chování zákazníka. Nápomocí při dosažení potřebných informací ohledně chování na trhu povinného očkování byl marketingový výzkum. Navazující kapitolou se stala tedy metodika shromažďování dat a byla rozdělena na část přípravnou a realizační. K samotnému získání primárních dat sloužil on-line dotazník, který byl sdílen především pomocí skupin týkajících se mateřství či zdraví na facebook.com., přičemž cílovou skupinu tvořily matky dětí, které mají dítě mladší osmi let (včetně) s přístupem k internetu. Získaná data dotazníku byla následně zpracována v programu MS Excel 2010 pomocí kontingenčních tabulek. Výsledky zjištěných informací o postojích, obavách a dalších již zmiňovaných cílů práce byly graficky zpracovány do vizuální podoby a následně patřičně analyzovány v aplikační části. Tyto výstupy poté sloužily pro zpracování možných návrhů a doporučení v rámci povinného očkování. Z důvodu časté medializace a při ohledně povinného očkování v České republice bylo nutné zaměřit se především na rodiče (matky), kteří jsou konečnými zákazníky, kdy především oni jsou odpovědní za to, zda jsou vakcíny jejich dětem aplikovány nebo ne a s tím nesou i možné následky. Rizika jsou možná na obou stranách, jak při očkování, tak i naopak, a proto je na místě věnovat tomuto tématu pozornost a pečlivě studovat nejen názory lékařů a odborníků obou táborů, ale také samotných rodičů, kteří, ač mohou být sankciovaní, tak mají právě ono rozhodnutí v rukou.

## Seznam použité literatury

### Knižní publikace

1. BOUČKOVÁ, Jana. *Marketing*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2003. Beckovy ekonomické učebnice. 432 s. ISBN 80-717-9577-1.
2. DÁŇOVÁ, Jana a Jitka ČÁSTKOVÁ. *Očkování v České republice*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 103 s. ISBN 978-80-7387-122-2.
3. DĚDKOVÁ, Jaroslava. *Spotřebitelské chování: pro kombinované studium*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. 138 s. ISBN 978-80-7372-713-0.
4. ELEKOVÁ, Ludmila. *Očkování, jeho účinky, následky a jejich léčba II*. 1. Praha: Meduňka: Knihovnička Meduňky, 2013. 160 s. ISBN 859-55-7650-455-4. ISSN: 1804-655x.
5. GREGORA, Martin. *Očkování a infekční nemoci dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. Pro rodiče. 125 s. ISBN 80-247-1126-5.
6. CHLÍBEK, Roman a Igor KAREN. *Očkování v ordinaci všeobecného praktického lékaře: novelizace 2013*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, c2013. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. 41 s. ISBN 978-80-86998-64-0.
7. CHLÍBEK, Roman, Jan SMETANA a Pavel KOSINA. *Lexikon očkovacích látek dostupných v ČR*. Olomouc: Solen, 2010. 122 s. ISBN 978-80-87327-28-9.
8. JAKUBÍKOVÁ, Dagmar. *Strategický marketing: strategie a trendy*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. Expert (Grada). 362 s. ISBN 978-80-247-4670-8.
9. KARDES, Frank R, Maria L CRONLEY a Thomas W CLINE. *Consumer behavior*. Mason, OH: South-Western, Cengage Learning, c2011 421p.. ISBN 05-387-4688-2.
10. KOTLER, Philip. *Moderní marketing: 4. evropské vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 1041 s. ISBN 978-80-247-1545-2.
11. KOTOK, Alexandr. *Očkování v otázkách a odpovědích pro přemýšlející rodiče*. 1. české vydání. Bratislava: Slovart-Print, 2012. 175 s. ISBN 978-80-8112-147-0.
12. KOUDELKA, Jan. *Spotřební chování*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2010. 158 s. ISBN 978-80-245-1698-1.
13. KOZEL, Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Expert (Grada). 304 s. ISBN 978-80-247-3527-6.
14. MACHKOVÁ, Hana. *Mezinárodní marketing: [strategické trendy a příklady z praxe]*. 4. vyd. Praha: Grada, 2015. Expert (Grada). 194 s. ISBN 978-80-247-5366-9.
15. MILLER, Neil Z. *Co možná nevíte o očkování*. Vyd. 1. Praha: Elfa, 2010. 156 s. ISBN 978-80-86439-11-2.
16. MULAČOVÁ, Věra a Petr MULAČ. *Obchodní podnikání ve 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Finanční řízení. 520 s. ISBN 978-80-247-4780-4.
17. PAULOVČÁKOVÁ, Lucie. *Marketing: přístup k marketingovému řízení*. Vydání I. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2015. 288 s. ISBN 978-80-7452-117-1.
18. PHILIP KOTLER .. *Principles of marketing*. 6. ed., European ed. Harlow: Financial Times, Prentice Hall, 2013. 992 p. ISBN 978-027-3742-975.

19. SEARS, Robert W. *Kniha o očkování: jak se správně rozhodnout ve prospěch svého dítěte*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2014. 306 s. ISBN 978-80-257-0935-1.
20. SCHIFFMAN, Leon G a Leslie Lazar KANUK. *Nákupní chování*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2004. Business books (Computer Press). 633 s. ISBN 80-251-0094-4.
21. STRUNECKÁ, Anna a Jiří PATOČKA. *Doba jedová 2*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012. 367 s. ISBN 978-80-7387-555-8.
22. STRUNECKÁ, Anna. *Varovné signály očkování*. Podlesí: ALMI, 2012. 287 s. ISBN 978-80-87494-04-2.
23. TOMEK, Gustav a Věra VÁVROVÁ. *Marketing od myšlenky k realizaci*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Professional Publishing, 2011. 344 s. ISBN 978-80-7431-042-3.
24. VYSEKALOVÁ, Jitka. *Chování zákazníka: jak odkrýt tajemství "černé skříňky"*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 356 s. Expert (Grada). 356 s. ISBN 978-80-247-3528-3.
25. ZAMAZALOVÁ, Marcela. *Marketing*. 2., přeprac. a dopl. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2010. Beckovy ekonomické učebnice. 499 s. ISBN 978-80-7400-115-4.

### **Odborná periodika**

26. *MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM*. 2015, **24** (4). Str. 17 ISSN 1214-7524
27. *Pediatric pro praxi: Úloha sestry v ordinaci*. 2013, **14** (2), str. 130. ISSN 1213-0494.
28. *První linie: Odborný časopis pro lékaře v první linii, výskyt Pertusse*. 2013, **3** (2), str. 10. ISSN 1804-9028.
29. *VOX PEDIATRIAE: Očkování ročně uchrání 100.000 lidí a život 500 dětí*. 2002, **2** (5). Str. 12 ISSN 1213 - 2241.
30. *Zdravotnické noviny: Změny v režimu očkování*. 2015, **64** (6). Str. 1 ISSN 0044-1996.

### **Legislativní dokumenty**

31. Vyhláška č. 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem ze dne 29. Listopadu 2006 In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 174., s. 7283-7286, ISSN 1211-1244. Také dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=537/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=537/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
32. Vyhláška č. 299/2010 Sb. kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, ze dne 25. Října 2010 In: Sbírka zákonů České republiky. 2010, částka 110., s. 4244-4246, ISSN 1211-1244. Také dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=299/2010&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=299/2010&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
33. Zákon č. 200/1990 Sb. ze dne 17.05.1990: Zákon České národní rady o přestupcích, In: Sbírka zákonů České republiky. 1990, částka 35., s. 815, ISSN 1211-1244. Také

dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=200/1990&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=200/1990&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

34. *Zákon č. 258/2000 Sb ze dne 14. Července 2000: o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů*, In: Sbírka zákonů České republiky. 2000, částka 74., s. 3636-3638, ISSN 1211-1244. Také dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=%20258/2000%20&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=%20258/2000%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
35. *Zákon č. 375/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011: kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě*, In: Sbírka zákonů České republiky. 1990, částka 131., s. 4751, ISSN 1211-1244. Také dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&w>

## Internetové zdroje

36. *BC Centre for Disease Control: Infanrix hexa vaccine* [online]. [cit. 2016-01-29]. Dostupné z: [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Immunization/Vaccine%20Info/infanrix\\_Q\\_A.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Immunization/Vaccine%20Info/infanrix_Q_A.pdf)
37. *European medicines agency: Assesment report for Priorix* [online]. 25. 3. 2012 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Referrals\\_document/Priorix\\_30/WC500128977.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Priorix_30/WC500128977.pdf)
38. *European medicines agency: Infanrix hexa* [online]. 22. 12. 2015 [cit. 2016-01-29]. Dostupné z: [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000296/human\\_med\\_000833.jsp&mid=WC0b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000296/human_med_000833.jsp&mid=WC0b01ac058001d124)
39. *Gsk kompendium: Příbalová informace: informace pro uživatele Infanrix hexa* [online]. © 2001-2016, [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.gskkompendium.cz/pil-infanrix-hexa-prasek-a-suspenze-pro-pripravu-inj-suspenze-v-predplnene-inj-strikacce>
40. *Gsk kompendium: Příbalová informace: informace pro uživatele Priorix* [online]. [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.gskkompendium.cz/pil-priorix-inj-strikacka>
41. *Gsk.com: Vaccines* [online]. ©2001-2016 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.gsk.com/en-gb/about-us/what-we-do/vaccines/>
42. *IDnes.cz: Ministra vypískaly stovky odpůrců očkování* [online]. 09. 03. 2015 [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/demonstrace-ockovani-matky-ministr-nemecek-feu-/domaci.aspx?c=A150309\\_171204\\_domaci\\_hv](http://zpravy.idnes.cz/demonstrace-ockovani-matky-ministr-nemecek-feu-/domaci.aspx?c=A150309_171204_domaci_hv)



43. *Krajská hygienická stanice: Spalnice v Evropě* [online]. © 2007 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: [http://www.khsova.cz/01\\_aktuality/spalnicky\\_evropa\\_2011.php](http://www.khsova.cz/01_aktuality/spalnicky_evropa_2011.php)
44. *Le figaro.fr: L'obligation vaccinale confirmée par le Conseil constitutionnel* [online]. 20. 03. 2015 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/03/20/23537-lobligation-vaccinale-confirmer-par-conseil-constitutionnel>
45. *Lidovky.cz: Proč povinně očkovat naše děti* [online]. 2011 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.lidovky.cz/proc-povinne-ockovat-nase-deti-ptejte-se-vakcinologa-pco-/odpovedi.aspx?t=PRYMULA2>
46. *Na zkušenou: Latina* [online]. ©2007-2016 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.nazkusenou.cz/latina-jazyk-cirkve-a-vedy-a496.html>
47. *Netdoctor.co.uk: Priorix (MMR vaccine)* [online]. 16. 03. 2013 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.netdoctor.co.uk/medicines/infections/a7896/priorix-mmr-vaccine/>
48. *O léčích: Informace o očkování, které rodiče potřebují znát* [online]. [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: <http://www.olecich.cz/informace-o-ockovani-ktere-rodice-potrebuji-znat>
49. *Očkování dětí: Aktivita odpůrců* [online]. [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.ockovanideti.cz/rodice/odpurci.htm>
50. *Očkování.zdrave.cz: Povinné a nepovinné očkování* [online]. 2010 [cit. 2016-01-21]. Dostupné z: <http://ockovani.zdrave.cz/povinne-a-nepovinne-ockovani/>
51. *Ona dnes.cz: Kdo odmítá povinné očkování, hraje ruskou ruletu, tvrdí lékař* [online]. 15. 08. 2013 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: [http://ona.idnes.cz/povinne-ockovani-ano-ci-ne-097-/zdravi.aspx?c=A130814\\_115758\\_zdravi\\_jup](http://ona.idnes.cz/povinne-ockovani-ano-ci-ne-097-/zdravi.aspx?c=A130814_115758_zdravi_jup)
52. *Příznaky nemocí: Tuberkulóza TBC, příznaky* [online]. [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://priznaky.online-clanky.cz/tuberkuloza-tbc-priznaky/>
53. *Státní ústav pro kontrolu léčiv: Hlašení na podezření nežádoucích účinků* [online]. © 2010 [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>
54. *Státní ústav pro kontrolu léčiv: Informační zpravodaj nežádoucích účinků* [online]. 02. 06. 2015 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/informacni-zpravodaj-nezadouci-ucinky-leciv-5-2015>
55. *Szu.cz: Zahájení očkování v ČR* [online]. 28. 02. 2008 [cit. 2016-21-1]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/vakciny/prehled-zahajeneho-ockovani-v-cr>
56. *Uniceff: Vše, co jste chtěli vědět o očkování* [online]. ©2004-2016 [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.unicef.cz/aktualne/77046-vse--co-jste-chteli-vedet-o-ockovani?tag=Kampan%C4%9B+UNICEF>
57. *Vaccine Schedule, ecdc: Immunisation schedules by target disease* [online]. ©2005-2016 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>
58. *Vakcinace.eu: Dětský očkovací kalendář v ČR* [online]. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: [http://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr\\_odb](http://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr_odb)

59. *Vakcinace.eu: Doporučení a stanoviska* [online]. 12. 09. 2015 [cit. 2016-01-29]. Dostupné z: <http://www.vakcinace.eu/doporuzeni-a-stanoviska-pro-verejnost>
60. *Vakcinace.eu: Otázky a odpovědi* [online]. 2012 [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: <http://www.vakcinace.eu/otazky-a-odpovedi-blue>
61. *Vakcinace.eu: Vývoj očkovacího kalendáře* [online]. 05. 10. 2013 [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: [http://www.vakcinace.eu/data/files/prezentace\\_hradecke\\_dny/2013/08\\_cabrnochovah\\_ockovacikalendar.pdf](http://www.vakcinace.eu/data/files/prezentace_hradecke_dny/2013/08_cabrnochovah_ockovacikalendar.pdf)
62. *Vakcíny.cz: Pneumokoková onemocnění* [online]. 01. 02. 2014 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.vakciny.cz/miminko/112-mesicu/pneumokokova-onemocneni/>
63. *Vakciny.net: Poučení z historie* [online]. 21. 01. 2013 [cit. 2016-01]. Dostupné z: [http://www.vakciny.net/AKTUALITY/akt\\_2013\\_03.htm](http://www.vakciny.net/AKTUALITY/akt_2013_03.htm)
64. *Vakcíny. net: virová hepatitida* [online]. 18. 06. 2016 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: [http://www.vakciny.net/pravidelne\\_ockovani/HBV.htm](http://www.vakciny.net/pravidelne_ockovani/HBV.htm)
65. *World health organization: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2015* [online]. 2016 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=CYP](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=CYP)
66. *World health organization: WHO vaccine-preventable diseases* [online]. 08. 01. 2016 [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/incidences?c=CZE](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/incidences?c=CZE)
67. *Zdravi.e15: Proč se nechat očkovat* [online]. 02. 09. 2013 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/proc-se-nechat-ockovat-471786>
68. *Zdravotnický deník: Celebrity v čele odmítačů v USA* [online]. 19. 01. 2015 [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/01/celebrity-v-cele-odmitacu-ockovani-v-usa-pres-sest-tisic-umrti-za-sedm-let/>
69. *Zprávy: Přibývá rodičů, kteří odmítají očkovat děti hexavakcínou* [online]. 04. 08. 2014 [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/\\_zprava/pribyva-rodicu-kteri-odmitaji-ockovat-deti-hexavakcinou-rocne-jich-je-az-170--138082](http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/pribyva-rodicu-kteri-odmitaji-ockovat-deti-hexavakcinou-rocne-jich-je-az-170--138082)

## **Seznam zkratk**

Stol. – století

Atd. – a tak dále

ČR – Česká republika

Č. – číslo

WHO – World health organization

GSK – Glaxo Smith Kline

Tab. – tabulka

Obr. – Obrázek

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

## Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byl(a) seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová (bakalářská) práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové (bakalářské) práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne: 15. 06.2016



Morcinková Markéta

## Seznam tabulek

Tab. 2.1 Možnosti očkování do 2. světové války .....	9
Tabulka 2.2 Povinná očkování .....	11
Tabulka 2.3 Některé nežádoucí účinky Infanrix hexa a Priorix .....	15
Tabulka 2.4 Výskyt onemocnění spalniček, příušnic a zarděnek v ČR v letech 2007-2014.....	21
Tabulka 2.5 Výskyt dávivého kašle 2007 - 2015 .....	25
Tabulka 3.1 Formálnost členství v sociální skupině .....	32
Tabulka 4.1 Harmonogram činností .....	43
Tabulka 4.2 Identifikační údaje respondentů .....	46
Tabulka 4.3 Identifikační údaje – životní úroveň.....	46

## Seznam obrázků

Obrázek 3.3.1 Černá skříňka spotřebitele.....	29
Obrázek 3.2 Faktory ovlivňující chování spotřebitele .....	30
Obrázek 5.1 Která onemocnění dle respondentů podléhají povinnému očkování .....	48
Obrázek 5.2 Názor na povinnost očkování a vzdělání respondentů.....	49
Obrázek 5.3 Důvěra v lékaře při očkování a věk nejmladšího dítěte.....	50
Obrázek 5.4 Chybná identifikace povinného očkování v ČR a vzdělání respondentů.	51
Obrázek 5.5 Setkání s nežádoucími účinky po vakcíně v rámci vlivu na rozhodování o pokračování očkování .....	53
Obrázek 5.6 Rozhodnutí o očkování nejmladšího dítěte a životní úroveň respondentů .....	55
Obrázek 5.7 Způsob očkování respondentů a region .....	56
Obrázek 5.8 Ochota lékařů diskutovat, vyjít vstříc a informovat na téma očkování a počet dětí v rodině .....	57
Obrázek 5.9 Výskyt nežádoucích účinků v rámci věku respondentů.....	59
Obrázek 5.10 Nabídnutí příbalového letáku lékařem a věk nejmladšího dítěte.....	61
Obrázek 5.11 Zájem o příbalový leták vakcíny a vzdělání respondentů.....	62
Obrázek 5.12 Souběžná aplikace Infanrix hexa (jiné vakcíny) a vakcíny proti pneumokokovým nákazám.....	63
Obrázek 5.13 Názor na souběžné očkování dvěma vakcínami různé ochrany a region respondenta.....	64
Obrázek 5.14 Souběžná aplikace Infanrix hexa (jiné vakcíny) a vakcíny proti pneumokokovým nákazám a věk nejmladšího dítěte.....	65
Obrázek 5.15 Celkové obavy v souvislosti s očkováním.....	67
Obrázek 5.16 Souhlas s povinným očkováním v míře, kterou vykazuje očkovací kalendář .....	68
Obrázek 5.17 Největší obavy matek a počet dětí v rodině .....	69
Obrázek 5.18 Míra souhlasu s povinným očkováním žloutenky typu B.....	70
Obrázek 5.19 Míra vyhledávání informací ohledně očkování a životní úroveň respondentů .....	72
Obrázek 5.20 Ze kterých zdrojů respondenti čerpají informace a jejich věk.....	73

## Seznam příloh

- Příloha č. 1 – Očkování v ČR historie
- Příloha č. 2 – Očkovací kalendář v ČR
- Příloha č. 3 – Výskyt některých infekčních onemocnění a proočkovanost zemí EU 28 za 2014 a 2015
- Příloha č. 4 - Povinné očkování v rámci EU 28
- Příloha č. 5 - Obecná doporučení aplikace vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám
- Příloha č. 6 - Dotazník k definici rizika tuberkulózy
- Příloha č. 7 - Příloha č. 2 k vyhlášce č. 537/2006
- Příloha č. 8 - Přehled typů možných nežádoucích účinků a časový vztah
- Příloha č. 9 – Počet hlášení za rok 2014
- Příloha č. 10 – Příběhy matek a nežádoucí účinky
- Příloha č. 11 - Dotazník
- Příloha č. 12 - Analýza a struktura dat dle věku, počtu dětí v rodině a věku nejmladšího dítěte
- Příloha č. 13 - Analýza a struktura dat dle životní úrovně, regionu a vzdělání respondentů
- Příloha č. 14 – Příbalové informace vakcín

